CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXe SESSION

GENÈVE-LAUSANNE, 2-7 AOUT 1926






Pinel

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

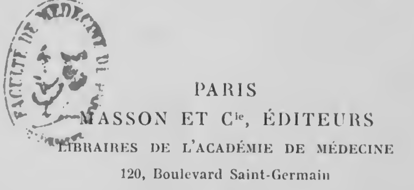
XXXe SESSION
GENÈVE-LAUSANNE, 2-7 AOUT 1926

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur A. REPOND

Secrétaire Général de la XXXe Session du Congrès



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1926



PRÉLIMINAIRES

COMITÉ D'HONNEUR

CANTON DE GENÈVE

M. MORIAUD, Président du Conseil d'Etat.
M. JAQUET, Conseiller d'Etat.
M. OLTRAMARE, Conseiller d'Etat.
M. le Président du Conseil administratif de la ville.

CANTON DE VAUD

M. le Président du Conseil d'Etat.
M. le Conseiller d'Etat BOSSET.
M. le Conseiller d'Etat DUBUIS.
M. ROSSET, syndic de la ville de Lausanne.
M. le Dr VUILLEMIER, Territ et Montreux.
M. E. COUVREU, syndic de Vevey.

CANTON DU VALAIS

M. le Conseiller d'Etat DE COCATRIX.
M. le Conseiller d'Etat TROILLET.
M. l'Avocat TROTTET, Président de Monthey.

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

M. le Professeur RAPPARD, Recteur de l'Université de Genève.
M. le Professeur ROCH, Doyen de la Faculté de Médecine de Genève.
M. le Professeur OLTRAMARE.
M. le Professeur PRÉVOST, ancien Président du Congrès.
M. le Professeur Johannes MARTIN.
M. le Dr MAILLART, Président de la Fédération des Médecins Suisses.
M. le Dr BESSE, Président de la Société Médicale de Genève.
M. le Professeur TAILLENS, Recteur de l'Université de Lausanne.
M. le Professeur MURET, Doyen de la Faculté de Médecine de Lausanne.
M. le Professeur Auguste FOREL, à Yvorne.
M. le Dr DE LA HARPE, à Vevey.
M. le Président de la Société Vaudoise de Médecine.

BUREAU DE LA XXXe SESSION

Présidents : M. le Dr LONG, Professeur de Neurologie à l'Université de Genève et M. le Dr René SEMELAIGNE, Paris.
Vice-Président : M. le Dr RAVIART, Professeur à l'Université de Lille.
Secrétaire général : M. le Dr A. REPOND, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz (Monthey).
Secrétaires des séances : MM. les Drs BENOZIGLIO (Malévoz), Michel CÉNAC (Paris), Gilbert ROBIN (Paris), Raymond DE SAUSSURE (Genève), STECK (Lausanne).

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS

MM. le Professeur ABADIE (Bordeaux)
le Dr Marcel BRIAND (Paris).
le Dr Raoul LEROY (Paris).
le Professeur Auguste LEY (Bruxelles).
le Professeur Henri MEIGE (Paris).
le Dr VAN DER SCHEER (Santpoort, Hollande).

Secrétaire permanent : M. le Dr René CHARPENTIER (Neuilly-sur-Seine).

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

Institut de Coopération Intellectuelle de la Société des Nations: M. DESTRÉE, ancien Ministre des Sciences et des Arts du Royaume de Belgique.

Société Internationale d'Histoire de la Médecine : MM. les Drs TRICOT-ROYER, président, LAIGNEL-LAVASTINE, secrétaire général, CUNSTON et GUISAN.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Faculté des Sciences Médicales de Buenos-Ayres : M. le Professeur Fernando GORRITI.

BELGIQUE

Gouvernement Belge : MM. les Drs DUCHATEAU et VERVAECK, M. le Professeur Aug. LEY.

Société de Médecine Mentale de Belgique : M. le Professeur Aug. LEY, MM. les Drs MAERE et MASSAUT.

Société Belge de Neurologie et de Psychologie : M. le Dr Em. DE CRAENE, M. le Professeur D'HOLLANDER et M. le Dr DIVRY.

GRANDE-BRETAGNE

Royal Medico-psychological Association : M. le Dr Donald Ross, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés d'Argyll de Bute-Lochgilphead.

CANADA

Province de Québec : M. le Dr J.-Ch. Miller, M. D. (médecin assistant de l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Québec).

DANEMARK

Société psychiatrique du Danemark : Dr H.-I. Schou (de Dianalund), vice-président.

ESPAGNE

Faculté de Médecine de Barcelone, et Société de Neuro-psychiatrie : M. le Professeur Belarmino Rodriguez Arias.

Députación provinciale de Barcelone : Dr Tomas Busquet Teixidor.

ESTHONIE

Faculté de Médecine de Tartu : M. le Professeur Bresovsky.

FRANCE

Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : M. le Professeur Jean Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon.

Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales : M. le Dr Dequidt, Inspecteur général des Services administratifs.

Ministère de la Guerre : M. le Médecin-Major de 1re classe Fribourg-Blanc, professeur agrégé du Val-de-Grâce, titulaire de la Chaire de Neuro-psychiatrie et de Médecine légale à l'Ecole d'Application du service de Santé Militaire.

Ministère de la Marine : M. le Médecin Principal Hesnard, chef du service de neuro-psychiatrie de Toulon.

Ministère des Colonies : M. le Médecin Principal de 1re classe Abbatucci, membre du Conseil Supérieur de Santé.

Académie de Médecine : M. le Dr Maurice de Fleury et M. le Professeur Guillain.

Faculté de Médecine de Paris : MM. les Professeurs Henri Claude, Guillain et Roussy.

Faculté de Médecine de Montpellier : M. le Doyen Euzière.

Conseil général de la Seine : M. le Dr Calmels, vice-président.

Préfecture du Département de la Seine : M. Chandet, Chef du Service de l'Assistance départementale.

Commission de surveillance des Asiles de la Seine : M. Raiga, ancien chef du service des aliénés, Directeur honoraire à la Préfecture de la Seine.

Société Clinique de Médecine Mentale : MM. Séglas, président, Raoul Leroy, vice-président, Henri Colin, secrétaire général, MM. Marchand, Guiraud, Filassier, Collet, Dupain.

Société Médico-psychologique : MM. Sollier, président Legrain, vice-président, Henri Colin, secrétaire général, MM. Bussard, Guiraud, Mallet, Anglade, Arnaud, René Charpentier, Dupain, Aug. Marie, Roubinovitch.

Société de Médecine légale de France : MM. Antheaume secrétaire général et Roubinovitch.

Société de Neurologie de Paris : MM. André Léri, président, Crouzon, secrétaire général, Mme Déjerine, MM. Henry Meige, Roussy, Barré, Jumentié, Heuyer, Krebs, Lévy-Valensi, Français.

Société de Psychiatrie de Paris : M. le Prof. Henri Claude, président, MM. Arnaud et Lévy-Valensi.

Société française d'histoire de la Médecine : MM. Laignel-Lavastine, président, MM. René Charpentier et Jean Vinchon.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris : MM. Henri Claude, Laignel-Lavastine, E. de Massary et Roubinovitch.

GRÈCE

Faculté de Médecine d'Athènes: M. le Professeur Michel Catsaras.

HOLLANDE

Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie : M. le Dr W.-M. van der Scheer, président, et M. le Dr F. Stuurman (de Santpoort).

ITALIE

Societa italiana di Neurologia : M. le Professeur Arturo Donaggio (de Modena).
Deputazione provinciale di Ferrara : M. le Dr Mario Boschi.

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Gouvernement Grand-Ducal : M. le Dr Eloi Velter (d'Ettelbrück) et M. le Dr Ernest Wenger (de Luxembourg).

NORVÈGE

Société de Psychiatrie : M. le Dr Hans Evensen (médecin-directeur de l'Asile-Clinique Gaustad).

POLOGNE

Gouvernement polonais : M. le Professeur D.-R.-Stanislaw Wladyczko.

PORTUGAL

Université de Lisbonne : M. le Professeur Sobral-Cid.

ROUMANIE

Faculté de Médecine de Bucarest : M. le Professeur Obregia, vice-président du Sénat Roumain.

SUÈDE

Université d'Upsala : M. le Professeur Henrik Sjobring.

SUISSE

Société de Psychiatrie : M. le Dr Binzwanger, président.
Société de Neurologie : M. le Dr Schnyder, président.

TCHÉCOSLOVAQUIE

Faculté de Médecine de Prague : M. le Dr Sebek.

LISTE

DES MEMBRES ADHÉRENTS

DES MEMBRES ASSOCIÉS

ET DES

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr Abadie (Jean), Professeur à la Faculté de Médecine, 18, Porte Dijeaux, Bordeaux.

Dr Abbatucci, Membre du Conseil Supérieur de Santé. Ministère des Colonies, Paris.

Dr Adam (Frantz), Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Rouffach (Ht-Rhin).

Dr Alaize (Pierre), Médecin en Chef, Asile de St-Pierre, Marseille.

Dr Allamagny (P.), 161, rue de Charonne, Paris.

Dr Adert (Maurice), Morges, Vaud (Suisse).

Dr Anglade, Médecin-Chef de l'asile de Château-Picon, Bordeaux.

Dr Ameline, Directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

Dr Antheaume (A.), Directeur de l'« Encéphale », 6, rue Scheffer, Paris (XVIe).

Dr Arthur (René), Médecin de 1re classe de la marine, Brest.

Dr Arthus (H.), Avenue de la Gare, 5, Lausanne (Suisse).

Doctoresse Arthus (R.), Avenue de la Gare, 5, Lausanne (Suisse).

Dr Arnaud (F.-L.), Médecin-directeur de la Maison de Santé de Vanves (Seine), 2, rue Falret.

Dr Aubagneur, Directeur de l'asile de Bien-Hoa (Indo-Chine).

Dr Aubry (Edmond), Médecin en Chef de l'Asile de Maréville près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Audemard, Médecin des Asiles, Inspecteur des Maisons de Santé, 243, avenue de Saxe, Lyon.

Dr Bach, Sonnenhalde à Riehen près Bâle (Suisse).

Dr Ballet, Directeur de la Société des Eaux à Evian-les-Bains (Hte-Savoie).

Dr Ballivet, Divonne-les-Bains (Ain).

Dr Barbara (M.), Professeur à l'Université de Gênes (Italie).

Dr Barbier, Médecin-Chef de l'Union générale des anciens Sous-Officiers de l'Armée Française, 34, rue Vaugirard, Paris.

Dr Barré, Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine, 36, av. de la Forêt-Noire, Strasbourg.

Dr Baudouin, Médecin des Hôpitaux, 5, rue Stanislas, Paris (VIe).

Dr Beaussart, Médecin de l'Asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre).

Dr Beijerman, Santpoort (Hollande).

Dr Bénoziglio, Médecin à la Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Suisse).

Dr Beriel, 18, rue d'Argent, Lyon.

Dr Bérillon, Directeur de « la Psychologie appliquée », 4, rue de Castellane, Paris (VIIIe).

Dr Bersot, Clinique Bellevue, Le Landeron, Neuchâtel (Suisse).

Dr Bertrand (L.), Chef de Service, Consultant Honoraire des Hôpitaux civils, 9, rue Kiliaen, Anvers.

Dr Besse, rue de Candolle, Genève.

Dr Bickel, 2, Place Beau-Séjour, Genève (Suisse).

Dr Billet, Directeur de la Maison de Santé de Rech (Pont-St-Côme), Montpellier.

Dr Bing, Prof. à l'Université, 1, Wallstrasse, Bâle (Suisse).

Dr Binswanger (K.), Sanatorium Bellevue, Kreuzlingen (Suisse).

Dr Binswanger (L.), Sanatorium Bellevue, Kreuzlingen (Suisse).

Dr Bleuler, Prof. à l'Université, Directeur du Burghölzli, Zurich (Suisse).

Dr Bloch, Aliéniste du Parquet, 23, bd Frère-Orban, Liège (Belgique).

Dr Blum, Englische Anlage, 8, Berne (Suisse).

Dr van Bogaert, Médecin des Hôpitaux, 22, rue d'Arenberg, Anvers.

Dr Boisseau, 39, bd V.-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).

Dr Boncour, 164, faubourg St-Honoré, Paris.

Dr Bonnus, Divonne-les-Bains (Ain).

Dr Borel, Chef de Clinique, 11, Quai aux Fleurs, Paris.

Dr Borel, Médecin-Directeur de l'Hospice Cantonal de Perreux-sur-Boudry, canton de Neuchâtel (Suisse).

Dr Bosch, Prof., Hôpital provincial, Ferrare (Italie).

Dr Bourguignon, Chef du Laboratoire d'Electro-Radiothérapie à la Salpétrière, 15, rue Royer-Collard, Paris.

Dr Bourilhet, Médecin de l'Asile d'Aliénés de Ste-Catherine-d'Yzeure, près Moulins (Allier).

Dr Boven, 23, av. de la Gare, Lausanne (Suisse).

Dr Bremond (J.), Genève (Suisse).

Dr Bresowsky, Hôtel de la gare, 37, bd Ney, Paris.

Dr Briand, Médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine, 67, bd des Invalides, Paris.

Dr Brissot, Médecin-Directeur de l'Asile d'Aliénés de Rouffach (Ht-Rhin).

Dr Brunner, Küssnacht (Suisse).

Dr Brunschweiler, Place St-François, Lausanne (Suisse).

Dr Buffet (L.,), Directeur de l'Asile d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr Busquet, Calle de Balmes, 26, Barcelone.

Dr Bussard, 8, avenue Mélanie, Bellevue (Seine-et-Oise).

Dr Buvat, 130, rue de la Glacière, Paris.

Dr Callet, Médecin à l'Ermitage, Vevey, La Tour (Suisse).

Dr Calmels, Conseiller général de la Seine, 22, avenue des Gobelins, Paris.

Dr Campiche, Petit-Lancy, Genève (Suisse).

Dr Carrier (H.), Directeur de la Maison de Santé, route de Vienne, 144, Lyon.

Dr Catsaras, 1, rue Mavromichalis, Professeur à l'Université, Athènes.

Dr Ceillier, 20, quai de Béthune, Paris.

Dr Cenac, 7, rue Montrosier, Neuilly-sur-Seine.

Dr Chamberlain (H.-E.), O. O., Box 175, White Plaine, New-York.

Dr Chaudet, Chef de service à la préfecture de la Seine, Paris.

Dr Charon, Médecin, 39, boulevard du Mail, Amiens.

Dr René Charpentier, Médecin-Directeur de la Maison d'Hydrothérapie et de Convalescence du Parc de Neuilly, 6, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine.

Dr Charpentier (Cl.), Avocat à la cour, secrétaire de la Société des Prisons, 20, rue Ernest-Cresson, Paris.

Dr Charron, Le Bouscat, Maison de Santé, Castel d'Andorte, Bordeaux.

Dr Chartier, 51, rue de Passy, Paris.

Dr CHARUEL, Médecin à l'Asile d'aliénés à Droyes, par Montierender (Haute-Marne).

Dr CHAUSSE, Faculté de Médecine de Genève (Suisse).

Dr CHRISTIN, Médecin, Clinique Mont-Riant, Chamby-s.-Montreux (Suisse).

Dr CHRISTOFFEL, 42, Alban, Bâle (Suisse).

Dr CHRISTY, Interne des Hôpitaux de Lyon.

Dr CLAUDE, professeur de la Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine, 89, boulevard Malesherbes, Paris.

Dr CLAPARÈDE, professeur à l'Institut J.-J.-Rousseau, Genève (Suisse).

Dr CLERC, Interne, Asile Ste-Anne, Paris.

Dr CODET, Médecin des Asiles d'aliénés, ancien interne des Hôpitaux de Paris, 10, rue de l'Odéon, Paris.

Dr COHEN, Akad. Krankenhaus, Nerven Abt. Heidelberg.

Dr COLIN (H.), ancien Médecin en chef du Service de l'Admission de l'Asile clinique, 22, rue Gay-Lussac, Paris.

Dr COLLET, Médecin-Directeur de la Clinique médicale, 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine).

Dr COLPE, Sanatorium, Kreuzlingen (Suisse).

Dr COMBEMALE, Professeur agrégé, chef de clinique psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr CONDOMINE, Médecin en chef de l'Asile de Bron (Rhône).

Dr COURBON (Paul), Médecin-Chef de l'Asile de Stephansfeld, par Brumath (Bas-Rhin).

Dr CORNIL (Lucien), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 2, *bis*, rue Girardet, Nancy.

Dr CORCKET, Médecin-Chef de l'Asile du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados).

Dr CORNU, Médecin-Chef de l'Asile de Bassens (Savoie).

Dr COSSA, Médecin en Chef de l'Asile, 77, route de Levens, Nice.

Dr COTTREL, La Conversion-s.-Lausanne (Suisse).

Dr DE CRAENE, 26, rue Jacques-Jordeans, Bruxelles.

Dr CROUZON, Médecin des Hôpitaux, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

Dr CULLERRE, Médecin honoraire des Asiles d'aliénés, 8, boulevard des Alliés, La Roche-sur-Yon.

Dr DANJEAN, Médecin-Chef de l'Asile d'Aix, Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

Dr Dardel (M.), Médecin de la Clinique du Chanet, Neuchâtel (Suisse).

Dr Dardenne, Médecin-adjoint à l'Etablissement pour maladies mentales, à Dave (Belgique).

Dr David (Léon), 57, boulevard Barbès, Paris (VIe).

Dr Déjerine (Mme), boulevard St-Germain, Paris (VIIe).

Dr Delanoe (Mme), Médecin-Chef des Femmes et Enfants, Hôpital Mixte de Mazagan (Maroc).

Dr Demay, Médecin de l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise).

Dr Demôle, Hoffmann-la-Roche, Bâle (Suisse).

Dr Dequidt, Délégué du Ministère de l'Hygiène publique, Paris.

Dr Deroitte (Victor), Inspecteur-adjoint des Etablissements pour malades mentaux de Belgique, 192, avenue Albert, Bruxelles.

Dr Desbertrant, à Capestang (Hérault).

Dr Delongchamps, 7, rue de La Bruyère, Paris.

Dr Desruelles, Médecin de l'Asile de Sainte-Ylie (Jura).

Dr van Dessel, 16, rue de l'Eglise, Duffel (Belgique).

Dr Deulin, 59, rue de l'Aqueduc, Paris.

Dr Divry, Etablissement pour malades mentaux, rue Volière, Liège.

Dr Donaggio, professeur de psychiatrie à l'Université de Modène (Italie).

Dr Dubois (Charles), 20, Falkenhöheweg, Berne (Suisse).

Dr Dubois, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés de Clermont-Ferrand.

Dr Dubourdieu, Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente).

Dr Duchateau, Inspecteur général, rue Alfred-Giron, 30, Bruxelles.

Dr Dufour, 49, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe).

Dr Dupain, Médecin en Chef honoraire des Asiles de la Seine, 5, boulevard St-Michel, Paris (Ve).

Dr Dupouy (Roger), 15, villa du Bel-Air, Paris (XIIe).

Dr Eissen (Jean), Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Dr Ernst, Divonne-les-Bains (Ain).

Dr Euzière (Jules), Professeur à la Faculté de Médecine, Montpellier.

Dr Evensen (Hans), Asile de Ganstad, Vinderen p. Oslo (Norvège).

Dr Ey, Maison-Blanche (Neuilly-sur-Marne).

Dr Farez, 3, rue de la Boëtie, Paris (VIIIe).

Dr Fauconnet, 4, rue St-Ours, Genève.

Dr Fenayrou, Médecin en Chef de l'Asile Rodez (Aveyron).

Dr Flournoy, Privat-docent à la Faculté de Médecine, 6, rue Monnetier, Genève.

Dr Focque, 6, boulevard Frère-Orban, à Namur.

Dr Forel (Auguste), Yvorne, Vaud (Suisse).

Dr Forel (Oscar), Médecin-Directeur de la Métairie, Nyon (Suisse).

Dr Fouque, Médecin en Chef de l'Asile de Pierrefeu (Var).

Dr Français, 55, rue du Rocher, Paris (VIIIe).

Dr Franchini, Direttore dell'Ospedale provinciale, 2, Via Croce, Piacenza.

Dr Frangié, Zgorta, Beyrouth (République Libanaise)

Dr Frank, Métairie Nyon, Vaud (Suisse).

Dr Franssen (Hugo), La Calamine (Belgique).

Dr Frey, Asile de Vauclaire, par Montpont-sur-l'Isle (Dordogne).

Dr Fribourg-Blanc, Délégué du Ministère de la Guerre, Paris.

Dr Froment, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 25, rue Godefroy, Lyon.

Dr Fromentin, Directeur de l'Asile de Lorquin (Moselle).

Dr Frommel, Frontenex, Genève.

Dr Fugnault, Maison-Blanche, Neuilly-s.-Marne.

Dr le Fustel-Pomer, Consejo de Ciento, Barcelona.

Dr Gaillard (L.), 3, rue du Lycée, Nice.

Dr Garnier, Médecin du Sanatorium St-François, Villa des Platanes, Zoug (Suisse).

Dr Gassiot (Georges), Médecin en Chef, Asile St-Yon, près Rouen.

Dr Gauducheau, 35, rue Jean-Jaurès, Nantes-s.-Loire.

Dr Génil-Perrin, 99, avenue de la Bourdonnais, Paris (VIIe).

Dr Gerritzen, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés « Oud-Rosenburg » à Loosduinen (Hollande).

Dr Gilles (André), Médecin de l'Asile St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Glorieux, Inspecteur des Asiles et Colonies d'aliénés, 215, avenue de Tervueren, Bruxelles.

Dr Godard, 16, rue Plantamour, Genève.

Dr Gorriti, Médecin de la Colonie nationale des Aliénés de la Province de Buenos-Ayres (République-Argentine), Calle Bulnes, 945.

Dr Gouriou (Paul), Asile de Blanche-Couronne, Savenay (Loire-Inf.).

Dr del Greco, Directeur de l'Hôpital Psychiatrique, Aquila (Italie).

Dr Grote, 3, Zwinglistr., St-Gall (Suisse).

Dr Guillain, Professeur de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine, Méd. des Hôpitaux, 215, boulevard St-Germain, Paris (VIIe).

Dr le Guillant (Louis) Interne, Asile, Villa Evrard, Neuilly-s.-Marne.

Dr Guisan, Médecin-Directeur de l'Ermitage, Vevey-la-Tour (Suisse).

Dr Hagen (Richard), Anet Ct. de Berne (Suisse).

Dr Henrique, 52, rue Spontini, Paris.

Dr Hesnard, Professeur à l'école de Médecine navale, Les volubilis, Bd Delescluze-Les-Routes, Toulon (Var).

Dr d'Hollander (Fernand), Professeur à l'Université, 80, rue Vital-de-Costes, Louvain (Belgique).

Dr Hoven, Médecin de l'Asile de Mons (Belgique).

Dr Hueto (Felepe), 12, Sagaste, Madrid (Espagne).

Dr Jacquin (Georges), Médecin en Chef de l'Asile Ste-Madeleine, à Bourg (Ain).

Dr Joly, 97, avenue de Tervueren, Bruxelles.

Dr Jumentié, 141, avenue Victor-Hugo, Paris (VIIIe).

Dr Kahn, 29, bd Bineau, à Neuilly (Seine).

Dr Katzenelbogen, Privat-docent, à l'Université de Genève.

Dr Kerdrel, Paladru (Isère), Château de St-Pierre.

Dr Kiehlholz, Directeur de l'Asile de Konigsfelden, Argovie (Suisse).

Dr Klippel (Maurice), Médecin honoraire des Hôpitaux, 63, bd des Invalides, Paris (VIIe).

Dr Koller, Château de Prilly, près Lausanne.

Dr Krebs, 36, rue de Fleurus, Paris (VIe).

Dr Kuhne (Ch.), 66, Chemin de la Montagne, Chêne-Bougeries, Genève.

Dr Kummer (E.), Professeur à l'Université les Arolles, 15, avenue de Champel, Genève.

Dr Ladame (Charles), Professeur à l'Université, Asile de Bel-Air, Chênes, Genève.

Dr Laforgue, 1, rue Mignet, Paris.

Dr Lagriffe, Médecin-Directeur de l'Asile d'Aliénés de Quimper (Finistère).

Dr Laignel-Lavastine, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux, 12 *bis*, Place de Laborde, Paris.

Dr Lammens, Médecin adjoint, Asile Ziekheim, 21, rue du Vulburg, St-Nicolas (Belgique).

Dr Lauzier, Médecin-Chef de l'Asile de la Roche-Gandon (Mayenne).

Dr Lelong, 73, rue Legendre, Paris.

Dr Lépine (Jean), Doyen de la Faculté de Médecine, 1, place Gailleton, Lyon.

Dr Léri (André), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 37, rue de Bassano, Paris (VIIIe).

Dr Leroy, Assist. Clin. psych., 30, rue Henricourt, Liège (Belgique).

Dr Le Roy des Barres, Maison de Santé d'Epinay-sur-Seine.

Dr Leroy, Asile de Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Lestchinski, Villa Elena, Territet (Suisse).

Dr Lévy-Valensi, Médecin des Hôpitaux, 37, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe).

Dr Ley (Auguste), Professeur de Psychiatrie et de Psychologie, à l'Université de Bruxelles, 9, av. Fond-Roy, à Uccle, près Bruxelles.

Dr Lobry (Gaston), 53, rue du Congrès, Bruxelles.

Dr Lœwenstein, 22, Quai de Passy, Paris.

Dr Long, Professeur à l'Université, 15, bd Helvétique, Genève.

Dr Long-Landry (Mme), Ancien chef de clinique adjt à la Faculté de Paris, 5, avenue de l'Observatoire, Paris (VIe).

Dr Loy, Clinique psychothérapique, Villa l'Abri, avenue de Champel, Genève.

Dr Lucio v. Lopez, Aliéniste expert de la Préfecture de Buenos-Ayres, 419, rue Tucuman, Buenos-Ayres.

Dr Luxemburger, Asile et Clinique psychiatrique de la Friedmatt, Bâle (Suisse).

Dr Magalhaes Lemos, Asile d'Aliénés du Coude de Ferredda, Porto (Portugal).

Dr MAHON (André), Directeur de l'Asile d'Aliénés de Mont-de-Marsan (Landes).

Dr MAIER, Professeur, Burghölzli, Zurich (Suisse).

Dr MARCHAND, 2, rue Brown-Séquard, Paris (XVe).

Dr MARIE (Auguste), 1, rue Cabanis, Paris.

Dr MARTIN-SISTERON, 24, avenue Félix-Viallet, Grenoble (Isère).

Dr MARTIN (Jean), Veyrier, Genève.

Dr MARTIN (Marino), 12, rue du Général-Dufour, (Genève).

Dr MARTIMOR, Directeur de l'Asile de St-Lizier (Ariège).

Dr DE MASSARY (Ed.), Médecin des Hôpitaux, 59, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe).

Dr MASSAUT, Directeur de la colonie de Lierneux (Belgique).

Dr MATHIEU (Pierre), Détaché au Gouvernement Général de l'Algérie, Sémiramis, Alger.

Dr MAUPATÉ (Léon), Médecin-Directeur de l'Asile d'Aliénés de Fains-les-Sources (Meuse).

Dr MAYOR, Perreux-sur-Boudry, Neuchâtel (Suisse).

Dr MAYA-RINZ, Cordoba (Espagne).

Dr MEIGE (Henry), Professeur à l'Ecole nationale des Beaux-Arts, Allée Boileau-Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine).

Dr MERCIER, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés de Pierrefeu (Var).

Dr MESSMER, Médecin à la Maison de santé de Malévoz, Monthey (Suisse).

Dr MESTRE (Aristide), Prof. à l'Université de Calle 23, n° 263 Bajoz, Vedodo, Habanna (Cuba).

Dr MEURIOT (Henry), Directeur de la Maison de Santé, 51, avenue Montaigne, Paris.

Dr MICHIELSEN, 144, avenue de France, Anvers.

Dr MIGNARD, Médecin en Chef, Asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Dr MILLER, 6, rue Huysmans, Paris (VIe).

Dr MINKOWSKI, 2, Square Delambre, Paris.

Dr MINKOWSKA (Mme) 2, Square Delambre, Paris.

Dr MINKOWSKI, Professeur à l'Université de Zurich (Suisse).

Dr MIRA Emilio, Contes S 27, Calle del Bruch, Barcelone (Espagne).

Dr DE MONTET, Privatdocent, Mon Repos, Mont-Pélerin-sur-Vevey (Suisse).

Dr Morat (Daniel), Médecin de la Clinique neurologique, 2, avenue Pozzo-di-Borgo, Saint-Cloud (Seine).
Dr Morawitz, Asile de Cery, Lausanne (Suisse).
Dr Morel (André), Médecin-Directeur de l'Asile de Préfargier, près Neuchâtel (Suisse).
Dr Molin de Teyssieu, 14, rue Blanc-Dutreuilh, Bordeaux.
Dr Morgenthaler, Privat-docent, 11, Kollerweg, Berne (Suisse).
Dr de Morsier, Asile de Bel-Air, Genève.
Dr Moura, Professeur de la Faculté de Médecine de Coimbre (Portugal).
Dr de Muralt, Mühlebachstrasse, Zurich (Suisse).
Dr Mützenberg, Sonnenfels Spiez (Suisse).
Dr Nacht, Interne de la Maison-Blanche, Neuilly-s.-Marne.
Dr Nathan, 51, rue Scheffer, Paris.
Dr Naville, Prof. à l'Université, 8, rue St-Léger, Genève.
Dr Nayrac, Chef de la clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Nyssen, rue Leopold, Welkelwaedt (Belgique).
Dr Obreggia, Prof. à l'Université, 11, Str. Cernice, Bucarest.
Dr Odier, 24, Bd des Philosophes, Genève.
Dr Olivier, Asile de Blois, 34, av. du Maréchal (Loir-et-Cher).
Dr Ollivier, Médecin en Chef de l'Asile d'Aliénés de Lehon, près Dinan (C.-du-N.).
Dr Oltramare, 24, rue Pictel-de-Rochemont, Genève.
Dr Overbosch, Médecin de l'Asile d'aliénés, Maasorrd, près Rotterdam (Hollande).
Dr Pactet, Médecin en Chef de l'Asile Villejuif (Seine).
Dr de Palézieux, Mont-Pélerin-s.-Vevey (Suisse).
Dr Palzig (Bernard), Burghölzli, Zurich (Suisse).
Dr Parant (Louis), Médecin-Directeur de la Maison de Santé de St-Cyprien, 17, Allées de Garonne, à Toulouse (Hte-Garonne).
Dr Patry (André), 18, rue de Candolle, Genève.
Dr Perret, Clarens, p. Montreux.
Dr Perrussel, Directeur de l'Asile de Manouba (Tunisie).
Dr Petit (Georges), Maison de Santé de Ville-Evrard, Neuilly-s.-Marne.
Dr Picard, Interne de l'Asile de Villejuif (Seine).
Dr Pichon, 23, rue du Rocher, Paris.
Dr Piotrowski, 9, rue Lévrier, Genève.

Dr Porot (A.), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine d'Alger.

Dr Preisig, Professeur, Directeur de l'Asile de Cery, près Lausanne.

Dr Prince, Médecin-Chef de service de l'asile d'Aliénés de Rouffach (Ht-Rhin).

M. Raiga (E.), Membre de la Commission de surveillance des Asiles publics d'Aliénés de la Seine, Paris.

Dr Raviart (Georges), Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine, Directeur-Médecin en Chef de la clinique départementale d'Esquermes, à Lille (Nord).

Dr Rayneau, Médecin-Directeur de l'asile d'Aliénés de Fleury-les-Aubray, près Orléans (Loiret).

Dr Reboul-Lachaux, 100, rue Sylvabelle, Marseille.

Dr Redalié, Villa Sismondi, Chêne Bougerie, Genève.

Dr Reese, H. Rütlistr. 47, Bâle-Ville (Suisse).

Dr Regis (André), Médecin en Chef de service à l'Asile d'Aliénés de Cadillac (Gironde).

Dr Remund (M.-H.), 56, Hirschengraben, Zurich.

Dr Renaux, Chef de service à l'Asile de Ste-Gemmes, Angers (Maine-et-Loire).

Dr Repond (A.), Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz-Monthey, Valais (Suisse).

Dr Reverdin, 4, av. Beau-Séjour, Genève.

Dr Robert (Jean), Directeur de l'Asile d'aliénés, à Auch (Gers).

Dr Robin, Chef de Clinique, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Roch (Maurice), Professeur de clinique médicale, 4, Avenue Jules-Grosnier, Genève.

Dr Rocques, Etablissement psychotérapique, Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Dr Rodriguez (E.), San Pedro, 72 Uria, Oviedo (Espagne).

Dr Rodriguez, Belarmino, Arias 47, Rambla de Cataluna, Barcelone.

Dr Roehrich, 17, rue Toepffer, Genève.

Dr Roger (Henri), 66, Bd Notre-Dame, Professeur à l'Ecole de Médecine, à Marseille.

Dr Ronjat (Mme), 9, Chemin des Chênes, Genève.

Dr Ross, Asile d'aliénés d'Argyll-Lochgilphead (Ecosse).

Dr Rosselet, 16, Tranchées, Genève.

Dr Rougean, Asile de St-Lô, 12, rue Dagobert, Manche.
Dr Rouquier, Professeur à l'Ecole de Santé de Lyon.
Dr Roussy, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 31, Avenue Victor-Emmanuel, Paris, 8e.
Dr Saloz, Les Murailles de Veysenaz, Genève.
Dr Sambola (Ramon), Médecin de l'Asile de Salt, Gerona (Espagne).
Dr Santenoise, Médecin en Chef de service de l'Asile de Saint-Ylie, par Dôle (Jura).
Dr Sarradon (T.), 16, Allées de Meilhan, Marseille.
Dr de Saussure (Raymond), 2, Tertasse, Genève.
Dr Le Savoureux, La Vallée-aux-Loups, à Châtenay (Seine).
Dr Schiller, Directeur de l'Asile de Wil-St-Gall (Suisse).
Dr Schitlowsky, Avenue de la Gare, Lausanne.
Dr Schnyder (Louis), Privat-docent de Neuropathologie, 19, rue Daxelhofer, Berne (Suisse).
Dr Schou (H.-J.), Sindsyge, og Epileptikerhospitalet, Filadelfia Dianalund St. (Danemark).
Dr Sebek, 21, Karlovo ném., Prague 11.
Dr Semelaigne (René), ancien interne des Hôpitaux de Paris, 59, Boulevard de Montmorency, Paris.
Dr Sixto (Arman), Oviedo (Espagne).
Dr Sjöbring, Professeur agrégé à l'Université d'Upsala (Suède).
Dr Sobral (Cid), Manicomio Bombarda, Lisbonne (Portugal).
Dr Sollier (Paul), 14, rue Clément-Marot, Paris (VIIIe).
Dr Sollier (Mme Alice), Clinique Neurologique, St-Cloud (Seine).
Dr Sous (Georges), Angoulème.
Dr Staehelin, Burghölzli, Zürich.
Dr Steck (Hans), Médecin à la Clinique Psychiatrique de l'Université de Lausanne, Asile de Céry-sur-Lausanne (Suisse).
Dr Strasser (Ch.), 38, Steinwiesstr., Zurich.
Dr Strasser (Mme), 38, Steinwiesstr., Zurich.
Dr Stutz, Asile de la Friedmalt, Bâle (Suisse).
Dr Strygensky (Ladislas), Asile d'Aliénés, Cracovie (Pologne).
Dr Stuurmann, Asile de Meerenberg, 53, Brederodeweg, Santpoort (Hollande).
Dr Stuurmann-Kommer (Mme), Cato 33, Brederodeweg, Asile de Meerenberg, Santpoort (Hollande).

Dr Suttel, Médecin en Chef de l'Asile de Mont-Redon, Le Puy (Hte-Loire).

Dr Tacheron, 8, Passage Solférino, Pau (B.-Pyrénées).

Dr Targowla, Médecin de l'Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Dr Tarrius, Directeur de la Maison de Santé, 6 et 8 Avenue de la République, Epinay-sur-Seine.

Dr Taty, (Théodore), à la Tour-de-Salvagny, par Charbonnières (Rhône).

Dr Thomas (André), Médecin de l'hôpital St-Joseph, 17, rue Quentin-Beauchard, Paris (VIIIe).

Dr Thuillier-Landry (Mme), 68, rue d'Assas, Paris (VIe).

Dr Titeca (Raoul), Médecin-Directeur du Sanatorium Sans-Souci, Jette-St-Pierre, Bruxelles.

Dr Tournay, 81, rue St-Lazare, Paris (IXe).

Dr Trénel, 2, avenue Dorian, Paris.

Dr Trepsat, 4, place Bergère, Rueil.

Dr Truelle, Directeur de l'Asile de Maison Blanche, Neuilly-sur-Marne.

Dr Tysebaert (Jeanne), 39, rue Juste, Lipse, Bruxelles.

Dr Ulmann, 7, rue de Belfort, Besançon.

Dr Van Gehuchten, 43, Avenue de la Couronne, Bruxelles.

Dr Van der Scheer, Directeur du Provincial Ziekenhuis, Santpoort (Hollande).

Dr Vaudremer, 10 avenue des Sycomores, Villa Montmorency, Paris.

Dr Velter, Membre de la Société de Neurologie, Avenue Président-Wilson, 38, Paris (XVIe).

Dr Vermeylen, 28, rue St-Bernard, Bruxelles.

Dr Vernet, Médecin-Directeur de l'Asile d'Aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher).

Dr Verstraeten, Médecin en Chef de l'Asile Caritas-Melle, par Gand.

Dr Vervaeck (Louis), Directeur des Laboratoires de Psychiatrie des prisons de Belgique, 35, rue Verhulst, Uccle (Belgique).

Dr Vervaeck, 35, rue Verhulst, Uccle (Belgique,

Dr Vian, 49, rue Pastorelli, Nice (A.-M.).

Dr Viel (B.), Médecin en Chef de l'Asile de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).

Dr Vieux (Numa), Médecin de l'Etablissement Hydrothérapique de Divonne (Ain).

Dr Vivès (Salvador), 68, Ronda de Sant-Perre, Barcelone.

Dr Voita, Directeur de l'Asile de Marsens-Fribourg (Suisse).

Dr Vuillien, Chef de Laboratoire et Médecin-Adjoint à la Clinique départementale d'Equermes, à Lille (Nord).

Dr Wallrapp, St-Urban Ct., Lucerne (Suisse).

Dr Walther, Asile de Waldau, Berne.

Dr Weber-Bauler, 1, place du Port, Genève.

Dr Weber, Professeur, Clos-Belmont, Genève.

Dr Welter (Eloi), Médecin, Chef de service à la Maison de santé d'Ettelbrück (Luxembourg).

Dr Wenger (E.), 4, avenue Marie-Thérèse (Luxembourg).

Dr Westerhuis, Leeuwarden (Hollande).

Dr Westphal, 1, rue Durand-Bénech, à Fontenay-aux-Roses (Seine).

Dr Wildt, 32, rue Neuve, Euben (Belgique).

Dr Wladyczko (Stanislas), Professeur à l'Université, 151, rue St-Jacques, Vilno (Pologne).

Dr Wohlers (Henri), Hôpital Cantonal, Genève.

Dr Wynck, St-Urban, Lucerne (Suisse).

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme Adam, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Mlle Adam (Mad.), Bourg-en-Bresse (Ain).
Mme Alaize, Asile St-Pierre, boulevard Baille, Marseille.
Mme Allen-Fouque (Suz.), Pierrefeu (Var).
Mme Antheaume, 6, rue Scheffer, Paris.
M. Arnaud (Robert), 2, rue Falret, Vanves (Seine).
Mme Audemard, 243, avenue de Saxe, Lyon.
Mlle Audemard, 243, avenue de Saxe, Lyon.
Mme Barbier, 34, rue de Vaugirard, Paris.
Mme Baudouin, 5, rue Stanislas, Paris.
Mme Beijerman, Zenuwarts, Santpoort (Hollande).
Mme Berillon, 4, rue Castellane, Paris.
Mlle Berman (Anne), 58, rue de Miromesnil, Paris.
Mme Bertrand, 9, rue Kiliaen, Anvers.
Mlle Bertrand, 9, rue Kiliaen, Anvers.
M. Bertrand (J.), 9, rue Kiliaen, Anvers.
Mme Besse, 20, rue Candolle, Genève.
Mme Boncourt, 164, faubourg St-Honoré, Paris.
Mme Borel, Maison de Santé de Perreux, Neuchâtel.
Mme Boschi, Ferrare (Italie).
M. Bourilhet (P.), Asile de Ste-Catherine, à Moulins.
Mme Brissot, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Mme Brunner, Kussnacht, Zurich.
Mme Bussard, 8, avenue Mélanie, Bellevue (S.-et-O.).
Mme René Charpentier, 6, bd du Château, Neuilly-sur-Seine.
Mme Charron, Maison de Santé de Castel d'Andorte, Le Bouscat.
Mme Chartier, 51, rue de Passy, Paris.
Mme Charruel, Asile d'aliénés, à Droyes, par Montériender (Haute-Marne).
M. Christy, Lyon.
Mlle Christy, Lyon.
Mme Claude (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris.
Mme Collet (G.), 6, av. des Marronniers, Fontenay-sous-Bois.

Mme Codet (O.), 10, rue de l'Odéon, Paris.
Mme Corcket, 91, rue Caponière, Caen.
M. Corcket (J.), 91, rue Caponière, Caen.
Mlle Corcket (C.), 91, rue Caponière, Caen.
Mme Courbon, Asile de Vaucluse, p. Epinay-s.-Orge (S.-et-O.).
Mme de Craene, 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles.
Mlle Dambies (Marg.), 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois.
Mlle Dardennne (Fl.), Maison de Santé, Dave (Belgique).
Mme Dardenne (E.), Maison de Santé, à Dave (Belgique).
M. Darmuzey, Notaire, Parentis-en-Born (Landes).
Mme Delaplace, rue Caponière, Caen.
M. Delaplace (Léon), rue Caponière, Caen.
M. Duberner de Bosq, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux.
Mme Dubois (Charles), 20, rue Falkenhöheweg, Berne.
M. Dubois (Pierre), 6, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand.
Mme Duchateau, 30, rue Alfred-Giron, Bruxelles.
Mme Descombes, Droyes, par Montériender (Haute-Marne).
M. Descombes, Droyes, par Montériender (Haute-Marne).
M. Erikson (Marc), 24, boulevard St-Germain, Paris.
Mme Ernst, p. ad. Dr. Franssen, La Calamine (Belgique).
Mme Flournoy, 6, rue Monnetier, Genève.
Mme Forel, La Métairie, Nyon.
Mme Fouque, Hospice de Pierrefeu (Var).
Mlle Fouque, Hospice de Pierrefeu (Var).
Mme Franchini, Piacenza (Italie).
Mme Fuster, Consejo de Ciento, Barcelone (Espagne).
Mlle Gaillard, 49, rue Pastorelli, Nice.
Mme Gauducheau, 35, r. J.-Jaurès, Nantes (Loire-Inférieure).
Mme van Gehuchten, 43, avenue de la Couronne, Bruxelles.
Mme Gilles, Villa St-Luc, avenue de Tarbes, Pau.
Mme Gobarit, Strasbourg.
Mlle Grau, La Métairie, Nyon (Suisse).
Mme Hagen, Anet, Ct. Berne.
Mme Hesnard, Ecole d'application du Service de Santé de la Marine, Toulon.
Mme Joly, 97, avenue de Tervueren, Bruxelles.
Mme Kahn, 29, boulevard Bineau, Neuilly.
Mme Krashine, La Métairie, Nyon (Suisse).
Mme Kuhne, Genève.

Mme Laforgue, 1, rue Mignet, Paris.
M. Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris.
Mlle Laignel-Lavastine (Y.), 12 *bis*, place de Laborde, Paris.
Mme Lammens, 21, rue du Wulbourg-St-Nicolas, Waes (Belgique).
Mme Leroy, Asile de la Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne.
M. Leroy (Rob.), Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne.
Mme Lévy-Valensi, 37, avenue Victor-Hugo, Paris.
Mlle Lévy-Valensi, 37, avenue Victor-Hugo, Paris.
M. Ley (Jacques), 132, rue d'Assas, Paris.
Mme Ley, 132, rue d'Assas, Paris.
Mme Ley (Aug.), 9, avenue Fond-Roy, Uccle (Belgique).
Mlle de Loriol, Métairie, Nyon (Suisse).
Mme Mahon, Mont-de-Marsan (Landes).
Mlle Mahon, Mont-de-Marsan (Landes).
Mlle Marchand, 2, rue Brown-Séquard, Paris.
Mme Marie, 1, rue Cabanis, Paris.
Mme Martimor, Asile de St-Lizier (Ariège).
Mme de Massary, 59, rue de Miromesnil, Paris.
Mlle de Massary, 59, rue de Miromesnil, Paris.
Mme Meige, Allée Boileau, à Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine).
Mlle de Memisse, Bruxelles.
Mme Michielsen, 144, avenue de France, Anvers.
Mme Mira, Calle der Bruch, 32, Barcelone (Espagne).
Mme Mórat (Daniel), 2, avenue Pozzo-di-Borgo, St-Cloud (S.-et-O.).
M. Mahon (R.), Mont-de-Marsan (Landes).
Mme Moura, Faculté de Médecine, Coimbre (Portugal).
Dr Mozer, Genève.
Mme Naville, 8, rue S.-Léger, Genève.
Mme Obreggia, 11, Str. Cernice, Bucarest.
Mme Ollivier, 34, av. du Maréchal-Maunoury, Blois.
M. Ollivier (Y.), 34, av. du Maréchal-Maunoury, Paris.
Mme Overbosch, van Zanten, Jut, Rotterdam.
M. Overbosch (U.-W.), van Zanten, Jut, Rotterdam.
Mme A. Patry, 18, rue de Candolle, Genève.
Mme Patzig, Zurich.
Mme Pernot, Asile d'Aix-en-Provence.
Mme Petit, Ville-Evrard.
Mlle Pinto (Virg.), Coimbre (Portugal).

M. Plessix (J.), 12 *b*., place de Laborde, Paris.
M. Pernod, Asile d'aliénés d'Aix.
Mme Regis, Asile d'aliénés de Cadillac (Gironde).
Mlle Regnoul (S.), 43, rue de Vineuse, Paris.
Mme Repond, Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Suisse).
Mme Roch, 4, avenue Jules-Cronnier, Genève.
M. Robes-Diaz, (Manuel), Architecte provincial, Oviedo.
Mme Roger (H.), 66, boulevard N.-Dame, Marseille.
M. Roger (Al.), 66, boulevard N.-Dame, Marseille.
Mlle Roger (C.), 66, boulevard N.-Dame, Marseille.
Mme Rougean (S.), 12, rue Dagobert, Saint-Lô.
M. Rougean (M.), 12, rue Dagobert, Saint-Lô.
Mme Roussy (G.), 31, avenue V.-Emmanuel, Paris.
Mme Saloz, Les murailles de Veysenaz, Genève.
Mme Sambola-Casanoves, Salt, Girona (Espagne).
Mme Sarradon (T.), 16, allée de Meilhan, Marseille.
M. Sarradon, 16, allée de Meilhan, Marseille.
Mme de Saussure, Tertasse, 2, Genève.
Mme Schou (Danemark).
Mlle Scribe, 59, bd Montmorency, Paris.
Mme Secheaye, 5, rue de l'Université, Genève.
Mlle Semelaigne (R.), 59, boulevard de Montmorrency, Paris.
Mme Sobral-Cid, Lisbonne.
Mme Sjobring (H.), Upsala (Suède).
Mme Steck (H.), Asile de Cery, Lausanne (Suisse).
M. Stouzki, Genève.
Mme Suttel, 15, faubourg St-Jean, Le Puy (Hte-Loire).
Mme Suttel (G.-F.), 15, faubourg St-Jean, Le Puy (Hte-Loire).
Mme Titeca, Bruxelles.
M. Titeca (J.), Bruxelles.
Mme Trepsat (Ch.), Sanatorium de la Malmaison, Rueil.
Mlle Trepsat (J.), Sanatorium de la Malmaison, Rueil.
M. Trepsat (P.), Sanatorium de la Malmaison, Rueil.
Mme Uhlmann (A.), 7, rue de Belfort, Besançon.
Mme Valette, Corraterie, Genève.
Mlle Valette, Corraterie, Genève.
Mme Vander Ecken, boulevard Frère-Orban, 22, Gand.
M. Vander Ecken, boulevard Frère-Orban, 22, Gand.
Mlle Vaudremer, 10, avenue des Sycomores, Villa Montmorency, Paris.
Mme Verstraeten, Asile Caritas, Melle p. Gand.

Mme Vervaeck, 35, rue Verhulst, Uccle (Belgique).
Mme Vian (L.), 49, rue Pastorelli, Nice.
Mme Vieux, Divonne-les-Bains.
Mme Voita, Asile de Marsens, Fribourg (Suisse).
Mme Wallrapp, Asile de St-Urban, Lucerne.
Mme Weil (H.), 4, boulevard Gustave-Zédé, Paris.
Mme Wenger-Heldenstein, 4, avenue M.-Thérèse, Bruxelles.
Mme Westphal, 1, rue Durand-Benesch, Fontenay-aux-Roses (Seine).
Mlle Zouraboff, Métairie, Nyon (Suisse).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

FRANCE

Asile d'aliénés d'Auch (Gers).
Asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir).
Asile d'aliénés public départemental du département de l'Allier à Yxeure (Allier).
Asile départemental d'aliénés du Rhône, Bron.
Asile d'aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher).
Asile d'aliénés de Moisselles (S.-et-O.).
Asile d'aliénés de St-Pierre, Marseille.
Asile d'aliénés de S.-Lizier (Ariège).
Asile d'aliénés de Clermont (Oise).
Asile d'aliénés de Fains-les-Sources (Meuse).
Asile d'aliénés de Rouffach (Ht-Rhin).
Asile d'aliénés de St-Venant (Pas-de-Calais).
Asile d'aliénés de la Gironde, Château-Picon, Bordeaux.
Asile d'aliénés de Toulouse, Braqueville.
Asile d'aliénés de Quimper (Finistère).
Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy.
Asile d'aliénés de Villejuif (Seine).
Colonie familiale de Dun-s.-Auron (Cher).
Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).
Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Hospice de Pontorson (Manche).
Maison de Santé de Hoerdt (Bas-Rhin).
Maison de Santé de Mayenne, Mayenne.

SUISSE

Asile d'aliénés de Marsens, Fribourg (Suisse).
Asile d'aliénés de Bel-Air, Genève (Suisse).
Maison de Santé de Perreux, Neuchâtel (Suisse).

Maison de Santé de l'Ermitage, Vevey (Suisse).
Maison de Santé de Préfazgier, Neuchâtel (Suisse).
Maison de Santé de Malévoz, Monthey-Valais (Suisse).
Maison de Santé du Landeron, Neuchâtel (Suisse).
Maison de Santé de la Métairie, Nyon (Suisse).

AUTRES PAYS

Asile d'aliénés de l'Etat de Mons (Belgique).
Sanatorium Sans-Souci, Jette, Bruxelles.
Etablissement d'aliénés d'Ettelbruck (Luxembourg).
Association espagnole de Neuro-Psychiatrie, Faculté de Médecine, Barcelone.
Députation provinciale de Barcelone.

Séances du Congrès. Présidents des séances

Les séances du Congrès se sont tenues à Genève, dans l'Aula de l'Université, à la salle de l'Athénée où était installé le secrétariat général et à l'asile de Bel-Air. A Divonne, l'Assemblée s'est scindée en une section psychiatrique qui a siégé au théâtre de la ville et une section neurologique, réunie dans le grand salon de l'hôtel. A Lausanne, les séances se sont tenues à l'Aula de l'Université et à l'Asile de Cery.

Les séances inaugurales du Congrès ont été présidées, à Genève, par M. le Conseiller d'Etat *Jaquet* et à Lausanne, par M. le Conseiller d'Etat *Bosset*. Les séances scientifiques ont été présidées par le Dr *René Semelaigne*, président français, le Prof. *Long*, président suisse, le Prof. *Raviart*, vice-président, puis par MM. les Prof. *Ley* (Bruxelles), *Obreggia* (Bucarest), *Sobral Cid* (Lisbonne), *Johannes Martin* (Genève), *Donaggio* (Modène), *Catsaras* (Athènes), par Mme Dr *Déjerine* (Paris), le Prof. *Sjobring* (Upsala), les Drs *van der Scheer* (Santpoort), *Evensen* (Oslo), *de Craene* (Bruxelles), *Roland* (Divonne), Prof. *Wladycko* (Vilno), le Dr *Donald Ross* (Lochgilphead), *Schou* (Danemark), *Binzwanger* (Kreuzlingen), *Schnyder* (Berne).

SÉANCE D'OUVERTURE

SÉANCE D'OUVERTURE

La séance inaugurale de la XXXe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, s'est tenue le lundi 2 août 1926, dans la salle de l'Aula de l'Université de Genève.

M. le Conseiller d'Etat JAQUET, Chef du Département de l'Assistance publique, de la République et Canton de Genève, qu'entouraient sur l'estrade les nombreux délégués officiels et les membres du bureau du Congrès, occupait le fauteuil présidentiel.

M. le Conseiller d'Etat JAQUET :

MESDAMES, MESSIEURS,

Fidèles à votre tradition, vous avez exprimé le désir que la séance solennelle de ce jour fût ouverte par un délegué du Gouvernement.

C'est avec un vif plaisir que le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève a accepté la très honorable mission que vous lui avez confiée. Je vous prie de bien vouloir excuser l'absence de mes deux collègues, M. Alexandre Moriaud, président du Conseil d'Etat et M. le Conseiller d'Etat André Oltramare, chef du Département de l'Instruction publique, tous deux membres du comité d'honneur de cette session et tous deux absents de Genève.

Les autorités de notre vieille cité et celles de notre petite République sont d'autant plus sensibles à l'honneur que vous leur faites en les appelant à cette séance d'ouverture que du même coup vous les associez au témoignage que vous allez rendre au citoyen éclairé, à l'aliéniste dévoué, au psychiatre de la Révolution, au philosophe plein de bonté et de douce bienveillance, Philippe Pinel.

Vous avez voulu, touchant hommage et respectueuse admiration, que les mérites profonds et les vertus éclatantes du maître — descendant lui-même d'une longue lignée de méde-

cins — soient célébrés par son propre petit-neveu, M. le Dr René Semelaigne.

Ne me gardez pas rigueur si, aujourd'hui, je mets à l'épreuve votre modestie et si, au nom du Gouvernement de ce petit pays, je confonds à l'hommage rendu à l'illustre savant que la France a légué au monde entier, le témoignage de reconnaissance sincère et de vive gratitude de la société tout entière pour le médecin aliéniste.

Ce n'est certes pas faire injure aux autres branches d'activités de l'art médical que proclamer ici qu'aucune d'elles ne demande plus d'abnégation de soi-même, plus de dévouement profond, plus de patiente ténacité, plus d'ardente volonté et plus de suprême désintéressement que celle de médecin aliéniste. Car vous ne vous êtes pas contentés que les chaînes soient enlevées à ceux que l'on considérait autrefois comme des possédés et que l'on traitait de la même façon que les délinquants. Il ne vous a pas suffi qu'à l'égal des autres malades, ils reçoivent les soins que nécessite leur état. Vous avez voulu encore, et vous cherchez toujours davantage, en associant le pratique à la science, à diminuer le déficit que représentent, pour la société, les patients qui vous sont confiés et en faisant pour cela appel à la thérapeutique par le travail. Que ce témoignage d'un profane, préparé pour d'autres fonctions que celles qui président à l'administration d'un asile d'aliénés, soit comme le chant de sincère reconnaissance de toutes les familles qui vous ont confié un des leurs.

Vous irez visiter, demain, Mesdames et Messieurs, notre asile des aliénés. Vous n'y trouverez pas les perfections que l'on est en droit d'attendre de nos jours de semblables institutions. C'est vous dire que d'avance nous réclamons l'indulgence que vous nous accorderez bien volontiers, j'en suis sûr, quand je vous aurai dit que les efforts de tous les jours, du Directeur, votre confrère, et de la Commission qui le soutient, tendent à faire mieux et quand j'aurai ajouté que ces efforts sont soutenus par un corps médical et un personnel intelligents et dévoués.

Mesdames, Messieurs,

Il y a aujourd'hui 19 ans que dans cette même salle s'ouvrait la dix-septième session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

A cette occasion, plusieurs orateurs ont fait allusion à la Genève d'alors : ville de congrès et de conférences. Les temps ont marché depuis lors et bien des choses tristes ou gaies se sont passées depuis votre courte apparition parmi nous. Genève a eu l'insigne honneur et le lourd privilège d'être choisie pour donner asile aux assises des Nations. La vieille république a associé son nom et le prestige de son passé à la plus belle tentative que l'histoire ait connue, celle de l'entente entre les peuples.

Imitant Pinel qui, loin de s'enfermer dans la science, aimait à s'intéresser à la chose publique et qui avait pour la Justice un culte profond, vous voudrez avec moi former des vœux pour que, lors de votre prochain congrès dans nos murs, l'enfant chétif encore et vers lequel tant d'espérances sont tournées, soit alors un adulte robuste et fort, une Société des nations répondant aux aspirations profondes de paix entre les peuples.

La Genève de 1926, comme celle de 1907, Mesdames et Messieurs, est fière de vous accueillir dans ses murs, d'entourer vos travaux de son atmosphère calme et tranquille. Que la sympathie de notre population vous soit un sûr garant de la sincérité des souhaits de cordiale bienvenue que je vous adresse au nom du Conseil d'Etat et du Conseil administratif.

Je déclare ouverte la 30e session de votre Congrès.

M. le professeur Rappard, recteur de l'Université de Genève:

Messieurs les Présidents,
Mesdames et Messieurs,

Le recteur de l'Université de Genève, très honoré de recevoir votre Congrès, est heureux de pouvoir en son nom, vous souhaiter la bienvenue dans cette maison. Tout en le faisant avec la plus vive cordialité, il croit vous rendre service en y mettant aussi la plus grande concision.

Au nom de tous mes collègues de l'Université de Genève, je me borne donc à vous exprimer notre plus vive sympathie et à vous adresser les meilleurs vœux pour la pleine réussite de votre session, réussite assurée par avance d'ailleurs, tant par la richesse de votre progrès que par la composition remarquable de votre liste d'adhérents.

M. le Ministre DESTRÉE :

Je remplace ici M. Luchaire, directeur de l'Institut International de Coopération Intellectuelle. Vous savez que parmi les diverses activités de la Société des Nations, figure celle de la C. I. C. I. dont l'espoir est de faciliter l'intercompréhension des peuples par le rapprochement des élites. Les travaux de cette Commission sont facilités par l'Institut International dû à la générosité du gouvernement de la République française. M. Luchaire croit avec raison que rien d'international ne lui est étranger. Il comptait donc être présent à vos assises. Empêché, il m'a prié de le remplacer. J'en suis confus, car je n'ai point de titre à être parmi vous. Que peut venir faire un homme politique dans un Congrès d'aliénistes, si ce n'est offrir un sujet d'observation ?

Mais mon expérience judiciaire me rapproche pourtant un peu de vous.

Elle m'a appris que parmi les gens en prison, il y a parfois des innocents, tandis qu'un certain nombre de gredins circulent en liberté. Je suis tenté de croire que de même, il y a dans les asiles d'aliénés des gens parfaitement raisonnables et que un grand nombre de toqués passent pour sains d'esprit.

Mais ce sont là des idées subversives, qu'il ne faut pas propager, car elles troublent la tranquillité des honnêtes gens.

Aussi je vous bénis, Mesdames et Messieurs, qui nous aidez à voir clair dans ces problèmes inquiétants, qui devez définir un jour les limites de la raison et de la déraison.

Aussi, je salue votre Congrès et souhaite à ses travaux complète réussite.

M. le Professeur LEY, délégué du Gouvernement Belge :

Délégué par le Gouvernement pour représenter la Belgique au Congrès de Genève, je vous adresse avec le salut des hautes autorités de mon pays et ses vœux de succès, le regret de nos nombreux collègues, empêchés d'assister à vos assises. Beaucoup m'ont personnellement prié de vous dire combien ils s'associent à vos travaux et comme ils sont en ce moment de cœur avec vous.

Il est indispensable, dans les rudes soucis économiques qui

nous oppressent, de maintenir aussi éclatantes que possible, les manifestations de la pensée humaine, et de montrer que les difficultés présentes n'en ont point diminué la flamme.

La Belgique est toujours heureuse de saluer la Suisse hospitalière et tout particulièrement la libre ville de Genève où nous sentons vibrer en un écho sympathique, cette passion de la liberté et cet esprit de révolte contre l'injustice et l'oppression, qui animaient nos vieilles cités flamandes et wallonnes.

La Belgique, Messieurs, aux prises avec les difficultés matérielles, mais décidée à les surmonter — elle en a vu bien d'autres — exprime aux organisateurs de cette belle manifestation intellectuelle, sa sympathie, son admiration et sa reconnaissance.

M. le Dr DE CRAENE :

La Société belge de Neurologie m'a chargé — et c'est un honneur dont je ressens vivement tout le prix — d'apporter au 30e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française ses vœux les plus sincères de parfaite réussite et de grands succès.

Dans notre petit pays, psychiatres et neurologistes collaborent étroitement : aussi attachent-ils un prix tout particulier à ces Congrès où s'unissent les deux sciences qu'ils servent.

J'ajoute que cette année, nous, médecins belges, à raison de nos affinités propres sommes particulièrement heureux de voir le Congrès tenir ses assises à Genève, cet ardent foyer de l'idée et de la culture françaises à l'étranger.

M. le Dr DONAL-ROSS, délégué de l'Association Médico-Psychologique de Grande-Bretagne :

Le Président, les membres du comité et les sociétaires de la Royal-Medico-Psychological Association envoient leur salut cordial et fraternel aux présidents et aux membres du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France. Engagés comme eux dans la noble carrière de traiter les malades souffrant de désordres mentaux, ils saisissent cette occasion de rappeler leur admiration pour la grande œuvre accomplie par Phi-

lippe Pinel dont la personnalité a servi d'exemple aux aliénistes de toutes les parties du monde.

Les membres de la Royal Médico-Psychological Association reconnaissent tout ce qu'ils doivent à Pinel et ont conscience qu'ils ont suivi fidèlement la grande tradition créée par lui. Ils se sentent associés à lui de manière toute particulière. C'est en effet Pinel, qui traduisit en français les ouvrages médicaux du grand aliéniste de l'université d'Edinburgh, le Professeur Cullen. D'autre part, nos cours universitaires de psychiatrie ont été inspirés directement par Esquirol qui fut d'abord l'élève, puis l'ami de Pinel.

L'œuvre de John Howard est un autre lien entre Pinel et nous. En effet, il s'occupa de la réforme des prisons, des workhouses, et c'est lui qui, en attirant l'attention sur le sort lamentable des débiles d'esprit et des aliénés enfermés dans ces maisons, réalisa l'idéal d'Esquirol.

A l'occasion de ce congrès qui rappelle l'œuvre glorieuse du grand aliéniste français, à partir de laquelle commence une nouvelle époque en psychiatrie, la Royal Medico-Psychological Association envoie ses compliments à tous les membres de votre assemblée dont les brillants travaux ont contribué à élever la psychiatrie à la haute position qu'elle occupe actuellement dans les sciences médicales.

M. le Dr Jean-C. Miller, délégué de la province de Québec (Canada).

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

La Province de Québec du Canada est toujours soucieuse de se joindre à ses aînés d'Europe, et de communier à leurs réunions scientifiques. Séparés de vous par l'Atlantique, nous devons souvent nous contenter de lire les comptes rendus de vos Congrès : mais, dans la mesure du possible, et pour des raisons qui émanent autant de notre cœur que de notre esprit, nous préférons y prendre une part plus sensible.

C'est bien cette manière de penser des membres du Parlement et du corps médical de chez nous qui m'a fourni l'honneur et la joie de me trouver parmi vous cette semaine.

Acceptez donc, Mesdames et Messieurs, les vœux sincères que forme mon pays pour le franc succès du présent Congrès.

M. le Dr Schou, délégué de la Société des Médecins Aliénistes du Danemark :

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs,

Qu'il me soit permis, malgré mon peu de connaissance de la langue française, de vous apporter un salut du pays que je représente, le petit Danemark, et un salut tout particulier de la société dont j'ai l'honneur d'être le vice-président, la société des médecins-aliénistes danois.

Entre la France et le Danemark il y a toujours eu des rapports d'amitié. Grâce à certains traits de ressemblance dans le caractère national, par exemple : le sens inné de la liberté individuelle ; grâce surtout à l'absence de tous points de conflit entre les deux nations, nous avons, nous Danois, toujours suivi avec admiration et respect, le développement de la vie intellectuelle en France, vie intellectuelle marquée au coin de l'originalité et du génie.

Dans le domaine scientifique nous avons été témoins d'une collaboration toujours croissante entre la France et le Danemark, entre les médecins français et danois, et les médecins danois prennent une large part aux Congrès français.

Mesdames et Messieurs, permettez-moi, au nom de mes collègues danois et comme l'invité de ces jours de Congrès, d'adresser un cordial merci aux médecins français et suisses, pour leur hospitalité vraiment grandiose.

Permettez-moi d'y joindre ce souhait : que dans un avenir prochain nous puissions voir un Congrès international de psychiatres et de neurologues se tenir dans un des pays scandinaves et autant que faire se peut à Copenhague, en Danemark.

M. le Docteur B. Rodriguez Arias, délégué de la faculté de Barcelone et de la Société de Neuro-Psychiatrie:

Messieurs,

C'est toujours très agréable, pour nous, de participer à vos remarquables Congrès neuro-psychiatriques de langue fran-

çaise. Vous le savez d'ailleurs, assez bien, car nous vous envoyons très régulièrement des représentants de vos collègues espagnols.

Mais cette fois-ci je crois, la session est tout particulièrement intéressante. D'abord, parce que nous nous trouvons en Suisse, dans ce pays admirable, si aimé de tous les autres à cause de l'accueil, toujours touchant, qu'il fait aux étrangers et de l'esprit très libéral qui inspire ses actes. D'autre part, parce qu'il s'agit de célébrer le centenaire de la mort de Pinel, le grand philanthrope et mentaliste français, qui doit être respecté et admiré partout, mais plus que nulle part en Espagne, où le problème de l'assistance des psychopathes est une question très complexe et très difficile à résoudre convenablement.

Je désire profiter de cette occasion, où je parle au nom de mes collègues de l'Association espagnole des neuro-psychiatres et de la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone, pour vous dire sincèrement que nous suivons constamment de très près vos travaux et vos progrès et que nous désirerions que Genève et Lausanne soient le point de départ d'une sorte d'entente entre les conceptions suisses et allemandes et la pensée française, si magnifiquement représentées ici, par MM. le Prof. E. Bleuler et H. Claude.

Nous croyons que cette entente serait très importante pour la psychiatrie mondiale.

Je voudrais vous remercier à l'avance de la façon dont vous avez développé le programme des travaux et des excursions. A ce propos, je peux vous assurer que si vous venez quelques jours chez nous, nous tâcherons de faire le mieux pour vous recevoir comme vous le méritez et pour vous remercier de la bienveillance que vous démontrez à présent.

Que vos sessions annuelles progressent sans cesse et que nous puissions vous accompagner et vous témoigner notre admiration chaque année !

M. le Prof. Jean Lépine, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, délégué du Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, apporte à l'Assemblée l'assurance de l'intérêt que voue à ses travaux le Ministère dont il est le représentant.

M. G. Dequidt, inspecteur général, délégué du ministre du Travail et de l'Hygiène français :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

J'apporte au 30e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, le salut du ministre français du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales.

C'est une tradition du ministre chargé de l'Assistance en France d'être représenté dans vos Congrès, non seulement pour rendre hommage à la valeur scientifique et professionnelle des médecins aliénistes et neurologistes, à l'importance et à l'utilité de leurs travaux, mais surtout pour souligner que les progrès de l'Assistance aux aliénés sont intimement liés aux progrès de la science psychiatrique et neurologique que vous personnifiez.

Cette tradition, malgré les difficultés financières de l'heure, ne pouvait être interrompue par les Congrès actuels, pour cette première raison que vous célébrez en même temps le centenaire de la mort de ce grand aliéniste français que fut Pinel. D'autres plus autorisés nous montreront la portée immense à la fois pratique et scientifique de l'œuvre de Pinel, Mais il m'appartient de dire qu'il a été en France, et par rayonnement dans d'autres pays, le véritable initiateur de l'Assistance psychiatrique, et que grâce à lui, suivant une formule souvent répétée, mais qui se réalise encore progressivement, « l'aliéné a été élevé à la dignité de malade ».

Une deuxième raison est que ce Congrès tient ses assises en Suisse, terre classique de l'hospitalité et que les Français n'oublient pas l'accueil si cordial et si affectueux qu'ont reçu sur cette terre, leurs compatriotes prisonniers de guerre et réfugiés civils, sur la route de leur retour en France.

Ayant moi-même, à la fin de la guerre, participé à la gestion du service des réfugiés, je suis heureux de rappeler ici ce souvenir de la générosité suisse qui tient au cœur de tous ceux qui en ont été les témoins directs ou éloignés.

Je salue respectueusement en la personne du professeur Long et du Dr Semelaigne, présidents de ce Congrès, les personnalités éminentes des différents pays représentés ici et

unis à la France par le lien puissant de la communauté de langue, — j'adresse mes félicitations aux membres du comité organisateur, pour le magnifique programme qu'ils nous ont réservé et qui entremêle si heureusement les séances de travail et les excursions dans ce beau et si pittoresque pays des Alpes suisses et françaises, et je formule des vœux — presque superflus — pour le plus grand succès et la parfaite réussite de vos travaux.

M. le Médecin major de 1re classe FRIBOURG-BLANC, Prof. agrégé au Val-de-Grâce, délégué du Ministère de la Guerre :

MESSIEURS LES PRÉSIDENTS,
MESDAMES, MESSIEURS,

C'est avec une très vive satisfaction que j'ai accueillie la la mission de représenter à la 30e session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française le Service de Santé Militaire français. Cette mission est pour moi un grand honneur puisque ma bien modeste personnalité symbolise aujourd'hui la collaboration confiante et la très cordiale sympathie qui unissent le Service de Santé militaire et la Médecine civile.

Plus que jamais, au cours de la dernière guerre, cette union et cette collaboration se sont montrées indispensables. C'est en partageant en commun les fatigues, les responsabilités, les dangers, que nous avons appris, médecins du cadre de complément et médecins de l'armée active, à mieux nous connaître, à mieux nous apprécier mutuellement, à mieux nous aider. Cette solidarité raffermie en de telles circonstances ne peut plus désormais s'affaiblir. Elle a prouvé du reste son efficacité dans le travail en commun de la paix ; elle s'affirme chaque jour davantage dans nos amicales relations.

Dans toutes les branches de la médecine, nous retrouvons les liens destinés à réunir les confrères civils et militaires. Mais de toutes les spécialisations médicales, n'est-ce pas la neuro-psychiatrie qui offre entre nous les plus nombreux points de rapprochement ? Par le fait même de ses fonctions, le médecin militaire est avant tout un médecin expert, or ce sont les affections psychiatriques et neurologiques qui posent, sans contredit, les problèmes d'expertise les plus fréquents et

les plus délicats. Une liaison étroite ne pouvait donc manquer de s'établir entre nous sur ce terrain.

C'est avec une joie sincère que j'apporte à tous nos collègues médecins experts, aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, l'expression de la haute estime et de la bien vive sympathie du Service de Santé Militaire français.

Mais ma mission ne serait qu'à demi accomplie si je passais sous silence, les sentiments de profonde reconnaissance qui animent les médecins militaires français à l'égard de la nation Suisse qui nous accueille aujourd'hui avec un si généreux empressement. L'éloge de l'admirable dévouement si largement prodigué par nos confrères suisses à nos blessés et à nos malades de guerre n'est plus à faire aujourd'hui. Je veux seulement apporter à nos hôtes, la certitude que notre admiration et notre gratitude restent entières et que nous n'avons pas oublié.

M. le Dr Hesnard, Chef du Service de neuro-psychiatrie de Toulon, délégué du Ministère de la Marine :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Encore une fois délégué à votre Congrès par le Ministère de la Marine, je vous porte les vœux du corps de santé que j'ai l'honneur de représenter ici ; en vous assurant du vif intérêt avec lequel il continue à suivre les résultats de vos travaux annuels, pour le grand profit de ses spécialistes.

Je suis cette année tout particulièrement inspiré par cette ville grandiose de Genève, capitale des sciences de l'esprit.

Mes modestes travaux personnels, de plus en plus orientés vers la psychologie clinique, ont fait de Genève, dans mon esprit, un carrefour de la pensée moderne, où la trouble puissance du génie des races germaniques s'affronte, pour le plus grand bien de l'humanité, à la discipline eurythmique de la sagesse française.

Je me suis souvent demandé la raison de cette élection géographique des sciences psychologiques. — Assurément il faut la rechercher dans l'interprétation ethnique, caractéristique de ce pays, mitoyen à deux grandes civilisations, et aussi dans

cette sérénité cérébrale de ses habitants, dont le clair regard s'est entraîné à descendre des longues cimes neigeuses jusque dans la profondeur lucide des grands lacs... Mais ne règne-t-il pas aussi, dans cette grande cité genevoise, une atmosphère de sensibilité morale intime et retenue, qui pourrait bien être une survivance des effusions et des angoisses de Jean-Jacques ? Ce surhomme de la vie affective était un malheureux, mais aussi un pôle de rayonnement social de sa propre ferveur radiante. Et je me plais à répéter, en parcourant ces grandes avenues de la ville internationale, où les événements de la vie intime — a-t-on dit très injustement — ne trouvent pas d'écho, cet aveu des « Confessions » : « Je sentis avant de penser ; c'est le sort commun de l'humanité. Je l'éprouvai plus qu'un autre... Je n'avais aucune idée des choses, que tous les sentiments m'étaient déjà connus. Je n'avais rien conçu, j'avais tout senti ».

Paroles simples et conformes à la nature de l'homme, qui s'accordent entièrement avec nos conceptions contemporaines du primat de la vie affective en Psychologie. Elles pourraient — n'est-il pas vrai ? — servir aujourd'hui d'exergue à nos plus pénétrantes observations cliniques du cœur humain !

M. le Médecin principal Abbatucci, délégué du Ministère des Colonies.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Le Ministre des Colonies, que j'ai l'honneur de représenter, m'a chargé d'offrir ses vœux de succès au Congrès qui va s'ouvrir.

Les questions de psychiatrie intéressent au plus haut point le Département et au XXIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes qui s'est tenu à Tunis, en 1912, le regretté professeur Régis et ses collaborateurs avaient déjà établi les bases d'une réorganisation de l'assistance aux aliénés aux colonies.

Cette étude demeure toujours au premier plan dans le programme sanitaire, car non seulement la Guerre a agi à la manière des grands traumatismes pour favoriser l'éclosion des psychoses, mais la transplantation hors de leur milieu d'ori-

gine des contingents indigènes a provoqué chez eux l'apparition de maladies mentales.

Aussi, par arrêté ministériel en date du 25 septembre 1925, une Commission a été instituée, sous le patronage de la Ligue d'Hygiène mentale, pour poursuivre la réorganisation de l'assistance aux aliénés aux colonies, fixer les différents types des neuro-psychoses et proposer toutes mesures utiles pour en empêcher l'éclosion et le développement.

C'est une tâche complexe et ardue, car chez les Européens comme chez les Indigènes, il est impossible de faire dans nos possessions d'outre-mer la stricte application des enseignements de la Métropole. Les neuro-psychoses exotiques ont des causes qui leur sont particulières ; elles se présentent sous des types différents de ceux des climats tempérés. Des recherches étiologiques sont nécessaires pour arriver à bien les connaître, à instituer un traitement rationnel adapté aux habitudes familiales et collectives des Indigènes, à leurs mœurs, à leurs coutumes, à leurs religions.

Une vaste enquête se poursuit actuellement sur toute l'étendue du domaine colonial de la France et lorsque les résultats en seront connus, il sera sans doute permis d'écrire la charte psychiatrique de l'Exotisme.

C'est vous dire, Messieurs, tout l'intérêt avec lequel le département suivra le développement de vos travaux, car il pourra y recueillir d'utiles enseignements pour l'œuvre dont il poursuit lui-même la réalisation sous d'autres latitudes.

M. le professeur Michel Catsaras, délégué de l'Université d'Athènes :

Au nom de l'Université d'Athènes, que j'ai l'honneur de représenter à ce Congrès, j'exprime à l'occasion du Centenaire de Philippe Pinel ses sentiments d'admiration pour les travaux scientifiques du célèbre aliéniste ainsi que pour les services immenses que ce grand philanthrope a rendu à l'Humanité, en rompant les chaînes des aliénés et en indiquant la vraie voie scientifique, que l'on doit suivre pour le traitement et l'assistance de ces malades, qui souffrent de l'organe le plus précieux de l'organisme humain.

J'exprime en outre, son vif désir de resserrer toujours davantage les liens qui unissent la Suisse et la Grèce.

M. le Dr VAN DER SCHEER, délégué de la Société hollandaise de Psychiatrie et de Neurologie :

La Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie m'a fait un très grand honneur en me chargeant de la représenter au Congrès de Genève.

En tenant ses assises à Genève, ville de la paix, ville d'un petit pays si aimé, ce trentième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, me donne l'occasion exceptionnelle d'assister à la célébration du Centenaire de la mort de Pinel, cet illustre prédécesseur, ce grand Français qui a proclamé en détachant les bras des pauvres aliénés de chaînes que le fou est un malade malheureux.

Ce ne sont pas seulement les aliénistes hollandais, mais aussi les infirmières qui soignent nos malades aliénés, qui toutes connaissent le nom de ce savant.

A Santpoort, où j'habite, et où est situé le plus grand asile de Hollande, il y a une rue de Pinel, exprimant notre effort d'immortaliser le nom de ce grand maître.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, j'ai eu l'heureuse fortune de prendre part à vos Congrès à Bruxelles et à Paris. Permettez-moi de vous dire la grande satisfaction que j'éprouve de pouvoir assister de nouveau à vos séances.

Je suis heureux de pouvoir me joindre à ce grand nombre de savants, venus de partout, pour vous assurer des sentiments chaleureux de mes compatriotes hollandais. Je vous apporte leurs salutations empressées et leurs meilleurs vœux pour la réussite pleine et entière de votre Congrès.

M. le Professeur DONAGGIO, délégué de la Société italienne de Neurologie :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Comme délégué de la « Società italiana di Neurologia », je vous présente l'adhésion, l'hommage, les salutations collégiales des neurologistes italiens. C'est la troisième fois que j'ai l'honneur de représenter la « Società italiana di Neurologia » à ces Congrès, qui sont si importants et si expressifs

parce qu'ils annoncent précisément la tendance toujours plus évidente au rapprochement entre la psychiatrie et la neuropathologie.. On dirait, et certainement aussi dans ce Congrès nous constaterons ce fait, que la psychiatrie et la neuropathologie cherchent quelquefois à se dégager l'une de l'autre ; et maintenant le rapprochement se fait toujours plus profond. Cette entente est un des titres d'honneur de ces Congrès : elle est bien évidente parce que aujourd'hui nous célébrons dans cette ville magnifique, le XXX[e] Congrès des aliénistes et des neurologistes.

Cette entente a des racines bien éloignées : je dis qu'à certains égards, nous la trouvons dessinée dans l'œuvre de ce grand psychiatre et réformateur qu'aujourd'hui nous célébrons ; dans l'œuvre de Pinel : le *Traité médico-philosophique* est un document de la tendance à la réunion de la psychiatrie à la clinique.

La neuro-psychiatrie italienne est heureuse de participer à ce Congrès, d'autant plus que cette vibration profonde qui agita Pinel dans ces temps obscurs où les connaissances sur la structure et les fonctions du système nerveux étaient tout à fait rudimentaires, dans ces temps où les aliénés souffraient injustement, cette vibration profonde était aussi en Italie. Et je pense qu'on ne puisse honorer d'une façon meilleure la mémoire de Pinel qu'en rappelant ceux qui ont été tourmentés par le même tourment ; qui ont été avec lui dans cette double direction : délivrer les aliénés, donner à la psychiatrie une base solide. Et je rappelle le nom de Vincenzo Chiarugi, le directeur de l'asile de St-Boniface à Florence, qui à la fin du XVIII[e] siècle a fait tomber dans son asile les chaînes des aliénés, et qui a écrit le *Traité médico-analytique de la folie*. On peut parler de vibration concorde même s'il y a eu dans quelques particularités des différences d'opinion entre ces deux aliénistes : dans la lutte, dans le combat pour la vérité se trouve la manifestation meilleure de l'âme humaine, la révélation d'un idéal qui réunit les esprits. Et quelle lutte, et quel combat ! Ceux qui parlent avec méfiance de la science devraient penser aux malades mentaux, qui pendant des siècles ont souffert d'une façon horrible. L'art fleurissait, les philosophes écrivaient des pages immortelles, mais l'humanité faisait souffrir les malades mentaux ; Michel-Ange sculptait la Pitié, mais l'humanité enchaînait les malades men-

taux. Messieurs, en célébrant le grand aliéniste et réformateur français, Pinel, l'on célèbre aussi et l'on revendique la fonction humaine de la Science. Réunis dans ce Congrès, dans cette ville hospitalière, dans ce centre de culture et de science, dans cette région d'une beauté incomparable, dans ce pays où l'esprit de Pinel se manifeste dans la perfection bien connue des asiles, nous sommes une espèce de Société des Nations, qui est absolument solidaire dans le but de soulager la souffrance humaine.

M. le Dr Welter, délégué du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg.

En apportant au Congrès qui vient de s'ouvrir les saluts et les meilleurs vœux de réussite du gouvernement luxembourgeois, son délégué ne peut pas s'empêcher d'exprimer tout haut sa fierté de pouvoir collaborer pendant quelques jours avec les hommes les plus éminents de la science neurologique et psychiatrique suisse et française en même temps que sa grande joie de pouvoir s'asseoir à la même table avec deux peuples amis dont il partage le même idéal de culture et de civilisation, c'est-à-dire le respect profond et sacré des individualités humaines et nationales, l'amour des institutions démocratiques et le culte de la liberté et de l'indépendance.

Mais le Luxembourgeois éprouve encore pour le Suisse des sentiments d'un tout autre ordre. La plus grande partie de notre jeunesse intellectuelle vient passer quelques années de ses études aux universités suisses. Elle y est attirée sans doute par la renommée de ses professeurs et les splendeurs naturelles du pays ; mais aussi — et surtout — par le caractère du camarade suisse, dont l'abord facile, la simplicité, la loyauté forcent immédiatement la sympathie.

Dès son entrée dans le pays, le Luxembourgeois se retrouve dans cette atmosphère sociale spéciale des petits pays neutres qui s'épanouissent dans l'ombre de voisins puissants. Malgré la distance qui sépare le Luxembourg de la Suisse et la diversité des deux pays à beaucoup de points de vue, le ciel moral qui se tend au-dessus de nos têtes est le même : les orages de l'Europe entière grondent à son horizon et l'embrasent de ses éclairs, et une fois ce ciel nettoyé, les mêmes étoiles nous envoient le même sourire. De cette manière, la formation pro-

fonde de nos âmes est identique ; et dans tout ce qui émeut ou bouleverse nos grands voisins, c'est moins l'élément national qui agit sur nous que l'élément spécifiquement humain : du coup, tous les événements européens, tous les problèmes généraux gagnent à nos yeux une teinte spéciale et notre cœur peut parler librement là où en général il doit se taire.

C'est pourquoi, sans doute, nous nous devinons au premier contact les enfants d'une même famille.

La Suisse a été, en outre, pendant les années de guerre, le pays nourricier du Luxembourg et mérite donc à un titre encore plus spécial notre grande reconnaissance, que je suis heureux de pouvoir exprimer à cette occasion.

M. le Professeur Stanislas Wladyczko, délégué du Gouvernement polonais.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

C'est au nom de la Pologne que j'ai l'honneur de prendre part à cette cérémonie solennelle.

Je porte mon attention sur deux faits : tout d'abord, c'est ici l'union de tous les pays de langue française avec la participation d'autres nations de différentes langues. L'Union ! Elle multiplie la force de tout, elle augmente la puissance de tous. Cette union est sous l'étendard de la science, qui ne connaît pas de frontières, qui unit les cœurs, rapproche les intelligences et qui mène par cela plus facilement que la politique même à la paix juste, en assurant la liberté et le progrès de l'humanité.

Le second fait — le fait principal d'aujourd'hui — c'est la célébration du centenaire de la mort de l'illustre Français, qui représente le feu éternel du génie de sa nation, du grand philanthrope et du célèbre aliéniste Philippe Pinel qui réalisa la synthèse du pur esprit scientifique et d'une généreuse pitié pour la souffrance humaine et qui le premier brisa les chaînes des malheureux aliénés. Dans l'histoire de la psychiatrie, Pinel n'est pas un nom, il est une époque. Par le caractère universel de son œuvre, il appartient à l'humanité tout entière.

Messieurs, ce n'est pas une simple coïncidence, c'est une chose symbolique que le centenaire du grand philanthrope soit

célébré dans le pays d'où est venue la plus grande expression de philanthropie — je veux dire : la Croix-Rouge — qui d'ici s'est répandue dans le monde entier pour le soulagement de l'humanité souffrante.

L'humanité exige toujours des aigles qui nous rappellent l'existence du ciel : Un seul être humain comme fut Pinel, ou un pays comme est la Suisse, dans laquelle on a trouvé, on trouve et on trouvera toujours la plus forte expression de la civilisation humaine.

Au nom de la Pologne, au nom du Ministère de l'Instruction publique, du Ministère de l'intérieur, de la Direction Générale du service de la santé publique de l'Université de Wilno et de la Société neuro-psychiatrique de Wilno, je rends hommage à la mémoire du grand et célèbre Pinel et j'apporte notre admiration la plus profonde à la France dont il est le fils.

Vive la mémoire de Pinel,

Vive la France, vive la Suisse !

M. le Professeur Sobral Cid, délégué de l'Université de Lisbonne :

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Je suis très heureux et très fier d'apporter encore une fois au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française les ferventes et fraternelles salutations de la Faculté de Médecine de Lisbonne, de même que ses vœux les plus sincères pour la parfaite réussite de cette réunion annuelle, réussite d'ailleurs assurée d'avance, grâce à la haute compétence et au dévouement infatigable de mes éminents Confrères du Bureau et par l'importance et l'intérêt scientifique des travaux présentés à la discussion par les savants aliénistes ici réunis.

Nous célébrons cette année le centenaire de la mort de Pinel et c'est de quelque façon sous l'égide de ce nom glorieux que notre Congrès va inaugurer et poursuivre ses travaux. Nous autres, aliénistes portugais, nous voulons et nous devons aussi lui rendre l'hommage de notre fidèle et respectueuse admiration. Pinel est un de nos ancêtres les plus prestigieux. Dans ce célèbre médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, nous apercevons non seulement le clinicien qui a si puissamment contri-

hué à la fondation de la Psychiatrie moderne, mais encore et surtout l'homme de cœur généreux et d'esprit chrétien, le philanthrope inoubliable, qui aux débuts du XIX[e] siècle a élevé, en France, les aliénés à la catégorie humaine et à la dignité sociale de Malades.

C'est pourquoi son nom rayonnera d'un éclat impérissable dans l'Histoire, à toujours inséparable de la Psychiatrie et de l'assistance aux aliénés.

Je veux encore rendre l'hommage respectueux du Portugal à la ville de Genève, si heureusement choisie pour la deuxième fois pour les séances de notre Congrès, à ce véritable phare de haute culture intellectuelle et morale, dont la lumière éclaire et se répand sur les routes du monde entier. Genève, ville généreuse et hospitalière, Ville-Refuge, qui en accueillant si amoureusement dans son sein tant de philosophes, de savants, de naturalistes et de pédagogues éminents, peut à juste titre se glorifier et s'enorgueillir d'avoir contribué d'une façon unique à l'émancipation de l'esprit humain et au progrès de la solidarité sociale. On pourrait dire que ses fastes glorieux et ses nobles traditions l'ont prédestinée d'avance au rôle glorieux que l'Histoire lui a confié — d'être devenue la métropole de la Société des Nations.

M. le Prof. D[r] Alex OBREGIA, délégué du gouvernement roumain et de la Faculté de Médecine de Bucarest :

MESSIEURS LES PRÉSIDENTS, MESDAMES, MESSIEURS,

J'ai délégation officielle de saluer cet important Congrès au nom de la Roumanie et de la Faculté de Médecine de Bucarest. Ma Patrie tient à cœur de remplir un devoir de vive reconnaissance. Parlant notre propre idiome néo-latin, réunis aujourd'hui en un état de plus de seize millions d'âmes, nous n'oublions pas et n'oublierons jamais que nous devons la plus belle partie de notre civilisation et de nos progrès à la France et à la langue française. Nimporte quel homme cultivé de mon pays se trouverait malheureux s'il ne lisait pas *le Français* et si sa bibliothèque ne contenait, pour au moins, la moitié de livres français. Quant à notre enseignement médical, il est presqu'entièrement créé et organisé d'après le modèle donné par

les illustres maîtres de la clinique et de la science françaises. C'est donc une fille intellectuelle et néo-latine, qui vient vous prier d'agréer son admiration et sa reconnaissance. Elle adresse encore une prière : celle d'inscrire sa capitale Bucarest, parmi les villes qui sollicitent l'honneur de donner hospitalité à l'un de vos prochains Congrès. Nous n'osons pas dire qu'il nous serait possible d'égaler la réception et la splendeur de cette admirable cité de Genève et de la Suisse. Leurs qualités et leurs vertus historiques imposent à tous. Honneur et reconnaissance à Genève et à la Suisse.

En Roumanie vous pourriez toutefois visiter quelques hôpitaux modernes pour maladies mentales et nerveuses, une bonne Faculté de Médecine, quelques institutions culturales intéressantes, la belle résidence de Smaïa en haute montagne, et non loin de là, une région pétrolifère vraiment remarquable. N'oublions pas le port maritime de Constanza, après avoir traversé le Danube, immense ici, sur le plus long pont métallique existant en Europe.

Mon Pays se fera le plus grand honneur de recevoir les représentants de cette civilisation noblement humanitaire et généreuse qui a été l'œuvre historique de la France et de la langue française.

M. le Prof. Henritz Sjöbring, délégué de l'Université d'Upsala (Suède), apporte les vœux et les messages amicaux des médecins suédois pour le succès du Congrès.

M. le Dr L. Binswanger, Président de la Société suisse de Psychiatrie :

Mesdames, Messieurs,

Au nom de la Société suisse de Psychiatrie, j'ai l'honneur de vous souhaiter la bienvenue. C'est joyeusement et avec l'ardent désir de vous rendre le séjour parmi nous aussi agréable que possible que notre petite société, secondée par la Société suisse de Neurologie, reçoit sa grande sœur dans notre chère patrie. Votre présence évoque en nous des souvenirs de noms vénérés, de nobles actions, de pensées profondes, qui tous sont à jamais liés à l'origine et au développement de la science psychiatri-

que et neurologique. Les noms des grands aliénistes français, d'un *Pinel,* d'un *Esquirol,* d'un *Falret,* d'un *Voisin,* etc., dont la vie et l'œuvre ont été si bien tracées par le docteur *Semelaigne,* sonnent à notre oreille, sans que nous négligions pour cela la longue série de leurs illustres successeurs dont nous attendons encore impatiemment le biographe.

Nous saluons en vous non seulement les héritiers et les continuateurs des savants de la science psychiatrique et neurologique en France et dans les pays de langue française, mais encore les représentants de vos différentes patries et en première ligne de la nation française. Cette nation possède, permettez-moi de vous le dire, en dehors de la science qui nous occupe un élément spécial qui m'est aussi cher que cette science elle-même et que je nommerais volontiers l'art psychiatrique. Il m'est impossible d'envisager les rapports du génie français avec la psychiatrie sans considérer l'un et l'autre. Je me bornerai ici à faire renaître devant vous trois figures dont je suis, vous l'avouerai-je, un admirateur passionné : j'ai nommé la figure de Louis Lambert, de *Balzac,* celle de St-Julien l'Hospitalier de *Flaubert* et celle du baron Charlus de *Proust.* Ces figures représentent pour moi le triomphe de l'observation exacte, le triomphe du style et celui de la conception pour ainsi dire métaphysique de la folie dans le sens le plus large de ce mot.

Si je compare ces figures avec l'évolution actuelle de la psychiatrie parmi vous, j'y vois un lien commun : la compréhension du rôle prépondérant que jouent l'instinct et les aberrations de la vie instinctive dans la folie. Citons ici le grand mouvement psychoanalytique en France et le caractère spécial que vous avez su lui imprimer, caractère qui est certainement dû aussi à la philosophie bergsonienne et à ses grandes conceptions de l'instinct et de son opposé, l'intelligence ; de cette manière nous entrons déjà dans la vie psychiatrique actuelle et dans le domaine des thèses qui seront discutées à ce congrès.

Je n'ai pas l'intention de vous retenir plus longtemps, ni de parler des vivants qui entendent et savent se faire entendre. Tout en vous saluant et en souhaitant plein succès à cette réunion, laissez-moi avant de conclure rendre hommage une dernière fois aux pionniers de la science et de l'art psychiatrique en France et en pays de langue française. Leur souvenir

nous le gardons dans notre cœur comme cette ville d'Is engloutie par les flots dont parle *Renan,* « qui sonne encore des cloches obstinées à convoquer aux offices sacrés des fidèles qui n'entendent plus ».

Dr L. Schnyder, Président de la Société Suisse de Neurologie :

Mesdames, Messieurs,

Lorsque la Société Suisse de Psychiatrie a pris l'initiative d'inviter le Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française à tenir ses assises sur le sol helvétique, sa sœur cadette, la Société Suisse de Neurologie, s'est associée d'enthousiasme à cette manifestation de confraternité scientifique. Certes ceux qui avaient mission d'en assurer l'organisation se rendaient bien compte des difficultés, d'ordre, plutôt matériel, qu'ils auraient à surmonter. Je crois pouvoir affirmer aujourd'hui que leurs efforts n'ont pas été vains et que la session de 1926 égalera ses devancières, en particulier cette session de 1907 qui s'ouvrit dans cette même salle et laissa à ceux qui y participèrent l'impression d'une pleine réussite.

Il me serait facile de me laisser aller à la mélancolie du souvenir et d'évoquer les figures disparues de ceux qui furent nos maîtres et prêtèrent au Congrès de 1907 une si haute dignité scientifique, de même qu'il me serait facile de célébrer la douceur de vivre de cette époque passée et de lui opposer la dureté des temps présents. Je ne le ferai pas, car la science médicale dont nous sommes les représentants ne nous permet pas de nous laisser aller à de vaines récriminations. Elle nous pousse inlassablement en avant vers la recherche du vrai, dans ces *templa serena* qu'à son honneur elle a réussi, non sans peine, à défendre contre les passions déchaînées par la guerre. Ne nous laissons donc pas distraire de la tâche scientifique que le Congrès s'est proposée. Je suis heureux d'y voir collaborer les neurologistes suisses qui apprécient hautement le privilège d'entrer en contact avec la science neuro-psychiatrique française si vivante et si probe.

Et puis, ne pourrait-on pas attacher une signification symbolique au fait que la première de nos séances va être consa-

crée à la *schizophrénie*, à la *folie discordante*, cet état morbide qui trouble l'activité sociale de l'individu et paraît, depuis quelques années, avoir étendu son action délétère à la vie des peuples eux-mêmes ? Il serait sans doute téméraire d'espérer de nos travaux un remède efficace de l'homme atteint de schizophrénie, mais je ne crois pas me tromper en prétendant que le groupement de médecins appartenant à des nations différentes, en une pareille communauté scientifique, contribuera à amener dans le monde un peu plus d'harmonie et de concorde. C'est dans cette pensée, qu'au nom de la Société Suisse de Neurologie, j'apporte les vœux de succès les plus chaleureux au Congrès de Genève-Lausanne.

M. le Prof. LONG, président Suisse du Congrès :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Pour la seconde fois, ce Congrès se réunit en Suisse, à Genève et Lausanne. Le 1er août 1907, en cette même salle, avait lieu la séance inaugurale de la 17e session, présidée par le Professeur Prévost, et le corps médical genevois et vaudois se rappelle combien elle fut intéressante et les sujets importants qui y furent traités.

Si j'évoque ce souvenir, c'est que vous m'aviez confié alors les fonctions de secrétaire général du Congrès et c'est pour cela, je suppose, que votre indulgente amitié me demande aujourd'hui de partager la présidence de la 30e session avec le Dr Semelaigne. Cet honneur, qui aurait pu échoir à de plus dignes, je l'ai accepté avec quelque confusion ; j'y ai vu surtout le témoignage d'un passé qui m'est cher. Dans ma pensée, en ce moment, je revois en un lumineux raccourci les années de jeunesse passées dans les hôpitaux de Paris, mes maîtres, mes camarade, l'internat où on acquiert des amitiés si fidèles, et au centre de ce tableau, le vieil hospice de la Salpêtrière, vers lequel, l'an dernier, au centenaire de Charcot, sont venus du monde entier, comme à un pèlerinage, des disciples reconnaissants. Ceux qui y ont travaillé lui doivent le meilleur de leur formation ; ceux d'entre nous qui y ont vécu ont goûté pleinement l'attraction spéciale de cet hôpital séculaire, petite ville incluse dans la grande capitale, et toute

entière occupée à l'étude et au soulagement de la souffrance humaine. Près de l'entrée, deux statues symboliques pour nous : celle de Charcot, fondateur de l'Ecole neurologique française, celle de l'aliéniste Pinel dont nous célébrons aujourd'hui le centenaire, et dont vous savez tous l'œuvre admirable dictée par le devoir médical et par la pitié. Après lui, la lignée de psychiatres fournie par ses descendants, continua pieusement sa tradition et notre collègue Semelaigne, l'arrière-neveu et l'historien de Pinel, est le président français de cette session. Je suis certain d'être votre interprète à tous, en rendant hommage à la famille qu'il représente si dignement.

Mesdames, Messieurs, mes confrères suisses m'ont chargé d'un agréable devoir : remercier nos hôtes d'avoir accepté de se réunir chez nous cette année, et d'avoir répondu si nombreux à notre appel, malgré les soucis de l'heure présente. Ainsi se continue une coutume déjà ancienne ; dès les premières réunions des aliénistes et neurologistes français, il y a plus de 30 ans, les médecins étrangers qui y participèrent reçurent l'accueil le plus cordial ; leur nombre s'étant accru chaque année, le Congrès eut lieu plusieurs fois en pays voisin, en Belgique, à Luxembourg, en Suisse.

Hélas, aux souvenirs heureux de ces réunions successives à travers les années et les pays, s'ajoute la tristesse de rappeler ceux qui nous manquent. Et puisque c'est à Genève que nous nous retrouvons, je pense d'abord à mon illustre et vénéré maître Dejerine, toujours heureux d'une occasion qui le ramenait dans la ville où il passa son enfance ; je pense aussi à ces grandes figures médicales, à Grasset, Régis, Ballet, Brissaud, Vallon, Deny, Dupré, Crocq qui furent nos hôtes; vous pensez certainement avec nous, à notre concitoyen Paul Ladame et au professeur Dubois, de Berne, autrefois vos fidèles adhérents.

Aux efforts de nos prédécesseurs, à leur collaboration fervente, nous devons d'avoir vu grandir peu à peu cette réunion d'aliénistes et de neurologistes. Depuis quelques années, grâce à l'activité toujours en éveil de notre secrétaire général permanent, René Charpentier, elle est reconnue officiellement par de nombreux pays et des délégués y viennent, mandatés par leurs Gouvernements, par des Universités et des Sociétés scientifiques.

A ce point de vue, la session de 1926 n'est pas moins brillante que les précédentes, et nombreux sont ceux à qui nous devons souhaiter la bienvenue ; si nombreux que nous ne pouvons songer à les énumérer tous, malgré la valeur de leurs titres et de leur personnalité.

En nous déléguant M. le doyen Jean Lépine, M. Fribourg-Blanc, professeur agrégé au Val-de-Grâce, MM. les médecins principaux Abattucci et Hesnard, le gouvernement français ne pouvait faire mieux pour le succès de notre Congrès ; et l'intérêt qu'il nous porte est affirmé par la présence de M. le Consul de France au milieu de nous.

Nous sommes très reconnaissants au Conseil général de la Seine de s'être fait représenter par le Dr Calmels qui prend toujours une part si active à nos travaux.

L'Académie de Médecine, les Facultés de Paris et de Montpellier, toutes les grandes sociétés françaises de psychiatrie, de neurologie, de médecine légale ont désigné des représentants parmi lesquels nous retrouvons beaucoup d'amis.

Nous sommes aussi heureux de recevoir parmi nous, le délégué du gouvernement belge, le professeur Ley, le distingué secrétaire général du Congrès de Bruxelles qui a laissé des souvenirs si vivants, son collègue, le Dr de Craene, et le délégué du gouvernement du Luxembourg, le Dr Velter.

Parmi les collaborateurs habituels de ce Congrès, vous avez eu le grand plaisir d'entendre le délégué de l'Italie le prof. Donaggio, celui de la Roumanie le prof. Obrégia, le Dr Van der Scheer, le distingué représentant de la Société neuro-psychiatrique hollandaise, le Dr Rodriguez Arias de la Faculté de Barcelone, et le délégué de la Grande-Bretagne, le Dr Donald Ross.

La Pologne, en la personne du professeur Wladyczko, l'Université de Lisbonne représentée par le prof. Sobral Cid, la Tchécoslovaquie par le Dr Sebek, la Suède par le prof. Sjobring, la Norvège par le Dr Evensen, la Faculté de Médecine d'Athènes par le prof. Catsaras, celle de Dorpat par le prof. Bresowski, ont envoyé ici leurs délégués les plus autorisés. De plus loin encore, le Dr Miller, de Québec, est venu se joindre à nous.

Vous voyez combien ce Congrès primitivement limité aux pays de langue française, a étendu ses relations. La Suisse, bien petit pays, au milieu de toutes ces grandes nations, est

particulièrement touchée et flattée, Messieurs, de l'honneur que vous lui faites en vous groupant si nombreux à cette séance inaugurale. Cet esprit de large collaboration scientifique trouve aujourd'hui sa consécration dans le patronage que lui accorde l'Institut International de Coopération intellectuelle ; il s'est exprimé par la voix si éloquente et si autorisée de M. Destrée, ancien ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts de Belgique. Sa présence ici, dans la ville où siège la Société des Nations, inaugure des relations qui nous seront précieuses, et nous le prions d'accepter personnellement, l'expression de toute notre gratitude.

Messieurs les délégués, nous vous remercions de l'appui moral que vous nous apportez ; les Congrès internationaux sont rares en ces temps-ci et d'organisation difficile. Beaucoup d'entre vous d'ailleurs, de tout temps, leur ont préféré les Congrès groupés autour d'un pays, avec l'emploi d'une seule langue, ce qui rend le travail plus aisé et plus rapide. Le succès de ce Congrès français consacré à la psychiatrie et à la neurologie, en est l'exemple le plus frappant. En réunissant ses nationaux et ceux qui à l'étranger, rendent hommage à la science française, il n'a jamais négligé d'étendre ses investigations vers l'effort scientifique des autres pays et des autres Ecoles.

Aujourd'hui même, nous entendrons le prof. Bleuler, de Zurich, et le prof. Claude, de Paris, présenter des études documentées sur un des sujets les plus importants de la pathologie mentale, et nous savons déjà, par la lecture de leurs rapports, combien cette collaboration sera profitable.

Demain ce sera le sujet de neurologie, présenté par le Dr Tournay, travail de révision sur un signe clinique démontré autrefois par son maître Babinski. Ceux qui étaient étudiants alors (c'était en 1896) pourront témoigner de l'intérêt suscité par cette découverte. Nous n'avons qu'un regret, c'est que la grande modestie de M. Babinski l'ait retenu de venir nous dire lui-même la genèse de cette étude qui a été le point de départ de connaissances ouvrant des horizons nouveaux sur la pathologie du système nerveux.

A Lausanne enfin, nos collègues Ladame et Demay exposeront la question toujours plus actuelle de la thérapeutique des maladies mentales par le travail. Elle se rattache à de grands problèmes qui dépassent les cadres de la psychiatrie et

même de la médecine. Hygiène et prophylaxie mentale, revision des lois sur les aliénés, ces mots sont à présent étudiés par les législateurs et le grand public commence à s'y intéresser ; ils comportent les éléments de réformes sociales qui sont en voie de réalisation ; ils justifient les efforts de ceux dont nous commémorons la mémoire et qui, dans des temps déjà lointains, ont réclamé une conception plus exacte et plus juste de la souffrance cérébrale.

A ces rapports s'ajoutent les nombreuses communications qui seront réparties entre les diverses séances et nous pouvons être assurés que le travail aura sa large part au congrès de Genève et Lausanne. Il rendra encore plus agréable les heures de détente où seront renouvelées des relations d'amitié cordiale. Vous en connaissez le programme et avec nous vous remercierez notre dévoué secrétaire général, le Dr Repond, qui l'a préparé avec tant de soins.

Mesdames, Messieurs, les trois cantons suisses et les départements français qui encadrent les eaux bleues du Lac Léman, auront tour à tour votre visite. Ceux qui vous y reçoivent vous remercient d'être venus.

M. René Semelaigne, président français du Congrès:

Notre congrès s'ouvre dans un pays dont le nom sonne clair à l'oreille et nous semble à tous familier. La Suisse n'est-elle pas, par excellence, la terre de l'hospitalité ? Les uns viennent admirer ses sites merveilleux, d'autres demandent à son air pur le calme et le repos. Elle sait aussi offrir à ceux qui souffrent un asile sûr, et la France ne peut oublier l'accueil qui, dans des circonstances tragiques, fut fait à ses enfants. C'étaient, pour la plupart, de grands blessés, des malades gravement atteints, et leur détresse eut la consolation de trouver soins, aide et réconfort à ce foyer compatissant. Et maintenant que l'avenir paraît moins sombre, maintenant qu'il est permis d'espérer des jours meilleurs, la Suisse nous donne à tous un grand exemple. Elle nous montre que le cœur est assez large pour contenir un double amour, l'humanité et la patrie. Elle déteste et redoute la guerre, non seulement pour elle-même, mais pour les autres, et elle a convié le monde au banquet de la paix. Pourtant cette nation, pacifique entre toutes, reste fière et jalouse de son indépendance, et toujours on l'a vue prête à se dresser frémissante, calme et résolue, à

l'heure où son sol serait menacé, où passerait sur ses montagnes le souffle de la liberté.

Pour nous, en ce moment, Genève est la bonne hôtesse, Genève qui fut jadis, nous dit César dans ses *Commentaires*, la dernière ville des Allobroges sur les confins des Helvètes, ces deux tribus gauloises. Les liens du temps passé se sont maintenus solides, et le plus sûr garant d'éternelle amitié entre la Suisse et nous, c'est l'antique cité placée à sa frontière, notre sœur par le sang, la langue et la culture.

C'est la Société suisse de Psychiatrie qui nous a invités à tenir, à Genève et à Lausanne, notre trentième session, et la Société de neurologie s'est jointe à elle pour attirer sur cette réunion la bienveillance du Conseil fédéral ; nous leur en sommes vivement reconnaissants.

J'adresse nos remerciements au Conseil d'Etat du Canton de Genève et au Conseil administratif de la Ville qui ont tenu à se faire représenter à cette séance inaugurale, dont M. le Conseiller d'Etat Jaquet a bien voulu accepter la présidence. M. le Recteur de l'Université et M. le Doyen de la Faculté de Médecine nous font le grand honneur d'y assister.

Je ne puis oublier, aujourd'hui, le nom de celui qui, en cette même salle, occupa cette place il y a dix-neuf ans. Ce nom nous est cher à plus d'un titre. Le professeur Prévost a fait à Paris ses études médicales et appartient à cette promotion d'internat de 1863, qui comptait quatre futurs aliénistes, Magnan, Bouchereau, Cotard et Meuriot. Le Congrès adresse à notre ancien président son fidèle souvenir.

Lorsque nous siégeons à l'étranger, il est d'usage d'associer au bureau un président appartenant à la nation qui nous reçoit, et l'assemblée générale a désigné, l'an dernier, pour remplir ces fonctions, mon ami le professeur Long, ancien interne des hôpitaux de Paris et qui fut, en 1907, notre secrétaire général. Ce choix, dont je suis particulièrement heureux, ne symbolise-t-il pas l'union indéfectible de la neurologie et de la psychiatrie ?

Je dois maintenant, pour me conformer à la tradition, vous donner lecture d'un discours, et j'ai pris pour sujet *Les Précurseurs de Pinel*. Dans cette esquisse au cours des siècles, je me suis efforcé d'être aussi succinct et aussi complet que possible, et s'il m'est, à mon insu, arrivé d'omettre quelque nom, je compte sur votre indulgence ; que celui qui n'a jamais rien oublié, me jette la première pierre.

Les précurseurs de Pinel

Un décret du 25 août 1793 confiait à Pinel le service des infirmeries de Bicêtre, et une erreur assez commune est d'attribuer à cette nomination la genèse de ses idées réformatrices. La pénible situation de ceux qu'on appelait alors des insensés était de notoriété publique, et l'ayant visité en 1789, il n'ignorait rien de ce pandémonium, séjour de toutes les misères. Depuis longtemps les problèmes de la médecine mentale sollicitaient son esprit investigateur, imbu de la philosophie régnante, et la fréquentation de la pension Belhomme, au faubourg Saint-Antoine, favorisa ses recherches. Mais en préconisant le traitement moral, une bonne hygiène et le travail manuel, qui fatigue le corps en reposant l'esprit, il ne prétendait pas innover. D'autres avant lui, aux pires époques même, avaient su compatir aux douleurs humaines, et pour le bien ou pour le mal, on a toujours des précurseurs.

Nos conceptions actuelles rendant parfois difficile la compréhension exacte des faits et gestes de nos aïeux, l'on aurait tort d'accuser indistinctement de barbarie et de cruauté tous ceux qui, pour combattre les désordres psychiques, ont eu recours à des procédés aujourd'hui réprouvés. Pour bien pénétrer ces milieux si différents du nôtre, il faut d'abord se libérer de tout parti pris, de toute idée préconçue, et sans doute alors pourra-t-on mieux saisir la mentalité de ces hommes, durs pour les autres comme pour eux-mêmes, habitués à imposer par la force ce qu'ils croyaient sincèrement être la justice, la raison et la vérité.

Il fut un temps où l'on ne soignait guère les délirants. Paisibles, ils pouvaient errer en liberté ; violents, ils demeuraient chez eux, enchaînés, et l'on dit qu'Ezéchiel, considéré par les siens comme un agité dangereux, fut ainsi maintenu étroitement surveillé. Les souverains d'Israël ne semblent pas avoir été l'objet de mesures aussi rigoureuses, et Saül conserva le pouvoir suprême ; il se sentait soulagé aux accords de la harpe de David, et l'esprit malin se retirait de lui. Cet appel à la musique bienfaisante devint fréquent au cours des siè-

cles, et la cour d'Espagne vit disparaître, aussitôt que Farinelli chantait, la dépression mélancolique de Philippe V et de Ferdinand VI. Mais l'humeur de ces monarques était douce auprès de celle de Saül. Il prit en grippe son artiste favori, faillit à diverses reprises le percer de sa lance, et David jugea prudent de se soustraire à une mission aussi périlleuse.

Nabuchodonosor ne resta pas davantage confiné dans son palais. S'imaginant être changé en bœuf, il vécut librement dans la praierie, exposé à la rosée du ciel, et cette cure de plein air lui fut, en somme, favorable. Les récits chaldéens ne nous offrent pas d'exemple d'une thérapeutique quelconque des maladies mentales ; sans doute, la guérison était-elle implorée dans les temples, comme pour les autres affections, et le sacrifice aux dieux accompagné de l'invocation accoutumée : Que par ton ordre il soit délivré de cette affliction, que son mal lui soit enlevé. En Egypte, on conduisait les mélancoliques dans des sanctuaires où tout se trouvait réuni pour agir sur les sens et sur l'imagination, et ce serait, dit-on, aux prêtres de ce pays que Mélampe emprunta l'art des incantations. Mais il doit surtout sa réputation à la guérison des trois filles de Proetus, Lysippé, Iphinoé et Iphianassa. Avaient-elles osé comparer leur beauté à celle de la vindicative Héra ? Avaient-elles dédaigné le culte de Dionysos ? On ne savait. Frappées par la colère divine, et suivies des femmes argiennes contagionnées, elles allaient par les campagnes et les emplissaient de leurs mugissements. Mélampe recourut à l'ellébore, dont il avait constaté les effets sur des chèvres, et compléta la cure par des immersions dans une piscine chaude. Pour prouver sa reconnaissance, Proetus lui donna une de ses filles en mariage, et Mélampe, qui avait l'esprit de famille, fit épouser une de ses belles-sœurs à son frère Bias. On ne songeait guère alors aux rechutes, aux tares héréditaires. Il est vrai que dans la dot des princesses figurait une portion du royaume, et peut-être un pareil argument n'était-il pas sans quelque valeur, dans les calculs des plus doctes personnages, en ces temps reculés de l'Hellade antique.

Esculape, au dire de Galien, pour dissiper les troubles de l'esprit, prescrivait l'exercice physique, des divertissements variés, et proportionnait la nature du remède à celle de la maladie. Son nom, plus tard, fut divinisé, des sanctuaires

consacrés à sa mémoire, et les Asclépiades, qui faisaient remonter leur origine à ses fils, Machaon et Podalire, se transmirent, de génération en génération, la doctrine mystérieuse. L'un d'eux se nommait Hippocrate. Le premier il nous a laissé une description des affections mentales ; il interdit l'usage du vin et des exercices violents. Asclépiade de Bithynie, dont la réputation fut grande à Rome, regarde au contraire le vin comme un excitant cérébral utile ; il ordonne à ses malades l'air, la lumière, une musique harmonieuse et le balancement dans un lit suspendu. Celse prône le changement de milieu, la vie au grand air, les bains, l'exercice, les distractions, mais il admet, pour dompter les récalcitrants, le jeûne, les chaînes et les coups. Cette répression brutale des passions violentes est une doctrine vieille comme le monde, mais on la voit pour la première fois, dans un ouvrage didactique, appliquée aux délirants. La tradition s'en maintint d'âge en âge, et des hommes tels que Savonarola, Jacques Sylvius, Plater, Thomas Willis et Cullen, partisans de la bienveillance à l'égard des malades paisibles, estimaient nécessaire, pour rendre les agités plus malléables, le recours aux châtiments.

Pour le traitement des frénétiques, Arétée conseille le repos et le calme absolu, soit dans l'obscurité, soit à la lumière, suivant les indications. Cælius Aurelianus défend de frapper les aliénés, de les enchaîner, de les irriter. Devient-il indispensable de mettre l'un d'eux hors d'état de nuire, plusieurs hommes s'emparent de lui à l'improviste et le transportent dans un local isolé, situé de préférence au rez-de-chaussée, peu éclairé et sans aucune peinture murale. La contention mécanique, si on la juge utile, ne doit occasionner aucune gêne. Il appartient au surveillant de modifier, avec patience et en évitant de l'exciter, les idées erronées du malade. Au début de la convalescence, on l'engage à lire à haute voix, en choisissant des ouvrages où se trouvent quelques fautes, dont la rectification exerce l'esprit. Puis on recherche des occupations plus sérieuses, propres à rendre à l'intellect sa pleine capacité, et tout travail psychique est suivi d'une promenade, l'exercice favorisant la santé. Pour terminer, le changement de milieu et les voyages sont souvent profitables.

Alexandre de Tralles unissait le traitement moral au trai-

tement physique, Paul d'Egine n'employait les procédés de contrainte qu'avec ménagement et recommandait la douceur. Dans la mélancolie, Avicenne conseillait la musique, la gymnastique et l'usage de la balançoire. Rhazès prônait le jeu d'échecs.

Lorsque le roi Charles VI fut atteint de folie, Guillaume de Laon s'appliqua surtout à éviter les sujets de contrariété et à lui procurer des distractions variées. Il mit à ses côtés, pour bercer les chimères de son esprit égaré, la belle Odette de Champdivers, et la reine Isabeau n'en conçut nul ombrage ; elle avait, d'ailleurs, d'autres occupations.

La médecine mentale subissant peu à peu l'empreinte des idées dominantes, nombre d'aliénés sont regardés comme possédés, et pour eux le traitement n'a qu'un seul but, les libérer du démon. Soumis eux-mêmes aux croyances générales, ils ne nient pas comme des coupables, ils avouent leurs relations avec les puissances infernales. Les uns gémissent et invoquent la protection de l'Eglise, les autres se glorifient de leurs actes et sont livrés au bras séculier. De grands esprits subissaient l'influence ambiante et acceptaient les préjugés de l'époque. Ainsi Fernel croyait aux sorciers, aux maléfices, aux envoûtements, à ces êtres malfaisants qui emploient les philtres, les sortilèges, les enchantements, et se plaisent à introduire des démons dans le corps de leurs ennemis.

Dès le seizième siècle, quelques voix s'élèvent en faveur des victimes. Le jurisconsulte Alciat attribue les visions fantastiques à une disposition mélancolique relevant de la médecine, et blâme un inquisiteur piémontais qui a envoyé au bûcher un grand nombre de sorcières. Cornelius Agrippa, se trouvant, en l'année 1518, syndic et avocat général de la ville de Metz, prend la défense d'une jeune paysanne accusée de sorcellerie, et s'oppose avec succès à la procédure de Nicolas Savini, inquisiteur de la foi. Son disciple, Jean Wier, médecin du duc de Clèves, affirme qu'il s'agit de malades, méritant la compassion et non le châtiment. Aussi lui-même est-il soupçonné d'être un adepte de la magie noire. Bodin, dans sa *Démonomanie des sorciers*, consacre un chapitre à la réfutation d'opinions considérées par lui comme celles d'un homme très ignorant ou très méchant. « Or, Jean Wier, remarque-t-il, montre par ses livres qu'il n'est pas ignorant, même qu'il est médecin, et néanmoins il enseigne en ses livres milles sorcelleries damnables. »

Dans un ouvrage sur la magie naturelle, publié à Naples en 1559, Jean-Baptiste Porta attribue les vaines imginations qui hantent le sommeil des sorciers aux onguents dont ils font usage. Lemnius Levinius, qui exerça successivement la médecine et le sacerdoce à Zierikzee, en Zélande, fait de l'épilepsie un maladie naturelle, non attribuable au démon, et les expressions inconnues, dont se servent parfois les possédés, proviennent pour lui de l'excitation cérébrale. Ponzinibus s'élève contre les idées régnantes ; les individus inculpés de pacte avec le diable ont simplement l'esprit troublé. Reginald Scott s'efforce de prouver que la religion et la raison repoussent également la croyance aux sorciers, et qu'il s'agit d'imposteurs ou de malades ; opinion qualifiée de damnable par le roi Jacques, souverain d'Ecosse et d'Angleterre, dans sa *Démonologie*. Montaigne les regarde non comme des coupables, mais des fous, et aux arguments contraires il répond: « c'est mettre ses conjectures à un bien haut prix que d'en faire cuire un homme tout vif ». Pierre Pigray, chirurgien du roi Henri IV, ne partageait pas, sur les influences démoniaques, les idées de son maître Ambroise Paré ; chargé, en 1589, d'examiner quatorze possédés condamnés à mort, et reconnaissant en eux des malades, il parvint à les sauver. Dix ans plus tard, une commission dont faisaient partie Duret, Marescot et Riolan, devait élucider le cas de Marthe Brossier, dont les convulsions étaient attribuées à une intervention diabolique. L'exorciste ayant défié les incrédules, au risque de leur vie, de s'attaquer directement au démon possesseur, Marescot saisit la possédée à la gorge, en lui intimant l'ordre de se taire, et la crise s'arrêta. Guillaume Baillou fut un jour appelé auprès d'une jeune fille qui présentait des troubles mélancoliques, et se trouvait dans l'impossibilité, bien que fort pieuse, d'avaler une hostie. On parlait de possession, et l'on avait déjà recouru aux exorcismes ; il fut d'avis, sans négliger les remèdes divins, d'employer aussi les remèdes humains, et les résultats obtenus furent favorables. Prosper Alpin ramène à la maladie la plupart des faits attribués au démon. Du Laureus conseille de ne pas abandonner les mélancoliques à eux-mêmes ; il est préférable de leur procurer, si possible, une agréable compagnie, il faut savoir les flatter à l'occasion, acquiescer à leurs désirs, les rassurer, les entretenir de sujets plaisants. Rappelant, avec Avicenne, que certai-

nes choses étranges, faites par les mélancoliques, étaient prises par le vulgaire pour la preuve d'une possession diabolique, il ajoute : « Combien y a t-il, en notre temp, de grands personnages qui font difficulté de condamner ces vieilles sorcières, et qui croient que ce n'est qu'une humeur mélancolique qui déprave leur imagination ». Jacques Ferrand, dans son traité de la maladie d'amour ou mélancolie érotique, publié en 1623, nous dit avoir connu, à Castelnaudary, en Lauraguais, deux jeunes femmes qui croyaient, chaque nuit, coucher avec un démon ou un magicien, malgré la présence de leurs maris. « Lesquelles, ajoute-t-il, Dieu guérit par nos remèdes et reconnaissent à présent la dépravation de leur imagination et leur folie ».

Une épidémie de convulsions, attribuée à une intervention diabolique, éclatait à Toulouse en 1681, et le Parlement chargeait François Bayle, dont la parole faisait autorité, de procéder à une enquête. Dans son rapport, il signalait la force irrésistible de l'esprit d'imitation, chez ces populations ignorantes et superstitieuses, dont les entretiens habituels avaient surtout pour sujet les maléfices et les sorciers, et il déclarait ne trouver aucune preuve de sortilège, possession ou obsession. Sur son conseil, ces femmes furent isolées ; le silence se fit autour d'elles, le mal était enrayé. Il fallait du courage pour se prononcer aussi catégoriquement, à une époque où, dans nos provinces, se maintenait vivace la croyance au pouvoir diabolique. Le temps n'était pas éloigné où Pierre de Lancre vaquait, suivant son expression, à la recherche des sorciers du Labourd, pays où, disait-il, « il y a bien peu de familles qui ne touchent au sortilège par quelque bout ».

Jean de Rhodes, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, eut à traiter une jeune fille, mélancolique et mystique, qui, s'imaginant être possédée, tombait en convulsions et prononçait des paroles étranges ; il lui ordonna les distractions, les promenades et une eau minérale. Une autre femme était, au dire de sa famille, obsédée par l'esprit malin qui, chaque nuit, la frappait et la laissait couverte de meurtrissures ; après un examen attentif, de Rhodes déclarait que le démon ne jouait là aucun rôle et qu'il s'agissait de mal caduc. François de Saint-André pratiquait son art à Coutances, sa ville natale, dans un milieu où les idées superstitieuses étaient fort répandues ; aussi put-il faire de ces questions une étude approfon-

die. Ses lettres sur la magie, les maléfices et les sorciers parurent seulement en 1725, après avoir subi les corrections imposées, et cet ouvrage, profondément remanié, suscita néanmoins l'indignation du sieur Boissier, qui consacra un livre à sa réfutation. Saint-André considère les prétendus sorciers comme des malades, semblables à ceux qu'il avait rencontrés aux Petites-Maisons. Pour lui le sabbat est une chimère, et l'on a coutume d'imputer au diable les effets dont on ne sait pas découvrir la cause. Le fait même d'avoir rencontré nue, dans quelque lieu écarté, une personne accusée de sorcellerie, ne prouve pas son transport par un démon ; il peut s'agir de somnambulisme ou d'un accès de délire. Le sabbat, ses danses, ses orgies, se passent tranquillement au lit, soit en songe, soit sous l'influence d'un narcotique. La découverte, sur quelque partie du corps, de la marque insensible, n'est pas davantage un indice de sortilège, mais un effet de la nature ou de l'art. Quant aux prétendus possédés, il existe parmi eux des malades, et ceux-là sont à plaindre ; il faut les soulager et s'efforcer de les guérir. Mais beaucoup d'autres sont des imposteurs qui cherchent à égarer l'opinion publique ; ils ne méritent aucune pitié. « Je suis persuadé, ajoute Saint-André, qu'on n'entendrait plus parler de filles et de femmes possédées, si d'abord qu'il en paraît quelqu'une, on l'arrêtait, on la faisait jeûner au pain et à l'eau, et on la fouettait vivement deux ou trois fois le jour ».

Mercuriali plaçait les maniaques dans des pièces sans fenêtres, ou à ouvertures élevées et hors d'atteinte, et ne laissait à leur disposition ni armes, ni cordes ; le repos devait être complet, et toute cause d'excitation évitée ; quant aux mélancoliques, il les faisait vivre dans une atmosphère chaude et humide, en pleine lumière, et prescrivait un exercice modéré. Sylvius de Le Boë affirme avoir guéri plus de maladies de l'esprit par le traitement moral que par les médicaments. Nicolas Tulpius, d'Amsterdam, ayant à soigner un peintre qui refusait de marcher, ses os étant devenus, croyait-il, flexibles comme la cire, recourut à la suggestion, et se fit fort de le guérir en six jours, s'il exécutait strictement toutes ses recommandations. Au bout de trois jours, il l'autorisait à se mettre debout, à condition de ne pas faire un seul pas ; enfin le sixième jour, il déclarait que la marche devenait possible, et le malade était guéri.

Morgagni avait souvent entendu son maître Valsalva réprouver les méthodes préconisées par Celse pour réprimer la violence de certains aliénés. A l'exemple de Cælius Aurelianus, le médecin de Santa-Orsola préférait la bienveillance à la rigueur, et si parfois, dans les cas de vive agitation, l'emploi de la contrainte lui paraissait nécessaire, il recommandait aux infirmiers de laisser les menottes suffisamment lâches, et de les garnir intérieurement d'étoffes douces et de toile de lin. Chiarurgi devait plus tard suivre cet exemple et s'opposer à l'usage des chaînes. Baglivi donnait également la préférence au traitement moral.

Le 4 mars 1730, le Provincial des Hospitaliers de Saint-Jean de Dieu écrivait aux frères de la Maison de Charenton pour les engager à traiter les délirants avec douceur et à exiger de leur personnel les mêmes procédés. L'Ordre avait été introduit en France par Marie de Médicis et, parmi ses établissements, quelques-uns comprenaient un pensionnat pour les aliénés. Le même rôle était joué en Espagne par les frères de la Merci, à une époque antérieure. En 1407, Jean-Gilbert Joffre, prédicateur réputé, avait attiré l'attention publique sur la pénible situation des nombreux aliénés errant en liberté dans les rues de Valence, et, pour ériger une maison à leur intention, il se forma une confrérie dite des Innocents. Seize ans plus tard, Alphonse V, roi d'Aragon, fondait l'hôpital général de Saragosse. Dans cet établissement, consacré aux malades *Urbis et Orbis,* et dont la réputation fut grande, le principal remède, pour les aliénés, était le travail, soit en plein air, soit à l'intérieur; les malades aisés, payant une pension, ne se trouvaient pas astreints à la même règle, et l'expérience montra chez eux de moindres chances de guérison. Mais les procédés de douceur ne furent pas seuls employés dans toutes ces maisons, et l'on raconte que Jean de Dieu, le fondateur de l'ordre de la Charité, ayant été enfermé, comme insensé, à l'hôpital de Grenade, on décida, pour le calmer, de le fouetter jusqu'au sang. Le résultat ne fut guère favorable, et seules les visites de Jean d'Avila, l'apôtre de l'Andalousie, produisirent un effet salutaire. Après avoir rempli volontairement les fonctions d'infirmier, Jean de Dieu fit vœu, en quittant l'hôpital, de se consacrer désormais au service des pauvres.

En France, au XVIII[e] siècle, un assez grand nombre de mai-

sons religieuses admettaient des délirants. Si l'organisation restait souvent défectueuse, la pénible situation de ces infortunés éveillait en général la compassion. Beaucoup étaient de simples garderies, dans d'autres on s'efforçait d'obtenir une amélioration, enfin dans quelques-unes, le but principal semblait être le lucre. Fodéré, dans sa jeunesse, avait visité, à Pontcharra, un établissement où étaient admis « les libertins et les criminels de bonne famille, que les parents avaient intérêt à faire passer pour fous ». Mélangés avec eux, les aliénés subissaient le même régime rigoureux. Des établissements semblables fonctionnaient, nous dit-il, dans des régions peu fréquentées.

Une idée longtemps prédominante fut que les aliénés doivent être dirigés comme des enfants et, suivant les circonstances, récompensés ou punis, et les punitions, autrefois, consistaient surtout en châtiments corporels. Pinel avait entendu parler d'un ancien établissement monastique du Midi de la France, où tout malade faisant du vacarme ou refusant de se coucher, était prévenu que la persistance lui vaudrait, le lendemain, dix coups de nerf de bœuf, et toute promesse ainsi faite ne manquait jamais d'être ponctuellement exécutée. Commettait-il une faute à table, il en était de suite averti par un coup de baguette sur les doigts, et on lui faisait remarquer, avec calme, qu'il se conduisait mal et devait mieux s'observer à l'avenir. Ce régime ne ressemble-t-il pas à celui qu'endurèrent longtemps les écoliers ?

De Bienville, auteur d'un ouvrage sur la nymphomanie ou fureur utérine, rapporte l'observation d'une malade traitée par lui en 1761. On l'avait placée dans un couvent de Tours, et, malgré les instructions de la famille, il ne pénétra pas sans difficulté dans cette maison où les pensionnaires, indignement exploitées, n'étaient l'objet d'aucuns soins. Il trouva la jeune fille enfermée dans un cachot, et dans un état de malpropreté indescriptible. La supérieure affirmant l'impossibilité d'emmener une personne aussi agitée sans l'avoir préalablement enchaînée, il répondit que de tels procédés lui paraissaient inadmissibles, et, pour contenir, au cours du voyage, des mouvements par trop violents, il la fit emmaillotter avec une bande de toile solide. L'ayant conduite à sa maison de campagne, il obtint la guérison.

Cornelius Kloekhof, élève de Boerhaave et médecin à

Utrecht, prenait toujours, en conversant avec les aliénés, un ton cordial et affectueux. Boissier de Sauvages estime qu'il faut beaucoup de douceur pour gagner leur confiance, et une grande patience pour ne pas désespérer du succès ; les secours moraux, suivant lui, l'emportent sur tous les autres. Lorry proclame l'utilité du changement d'air et de milieu, et juge aléatoire et périlleuse, toute méthode reposant sur l'intimidation; s'efforcer de modifier le cours des idées délirantes lui paraît préférable. Dufour, dans son essai sur les opérations de l'entendement, propose de réveiller la sensibilité, de ranimer le courage, d'exciter dans le cerveau des idées plus fortes que celles qui obscurcissent le jugement et la raison. Lieutaud recommande, pour combattre la mélancolie, les distractions, l'exercice et les voyages. Charles Andry conseille de ne pas aggraver l'état des malades en les irritant ; la douceur et la bienveillance lui semblent préférables. Il préconise le changement d'air et de milieu, les voyages à petites journées, à pied, à cheval ou en voiture conduite par le malade. Retz de Rochefort dont l'ouvrage sur les, maladies de la peau et de l'esprit eut trois éditions de 1785 à 1789, attribue ces divers états à une pléthore bilieuse, et les déclare justiciables d'une médication appropriée. L'important est de dissiper simplement et avec douceur les idées délirantes, et d'arriver par la persuasion à faire accepter les remèdes. C'est une erreur, déclare-t-il, de regarder les vaporeux et les mélancoliques comme des malades imaginaires, et de leur offrir, pour tout traitement, des amusements et des discussions philosophiques, car ils seraient en droit de répondre : « Otez-nous donc la source qu'il y a en nous des idées tout à fait contraires à la gaîté et à la saine raison. »

En 1785, paraissait l'instruction de Colombier sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison. Reconnaissant que seuls les malades aisés peuvent espérer des soins, il montre les milliers d'indigents errant en liberté, ou renfermés dans des maisons de force où, souvent enchaînés, ils restent privés de soins et de remèdes. Aussi propose-t-il la création d'établissements propres, aérés et salubres, avec locaux séparés pour les agités, les sujets tranquilles, les imbéciles et les convalescents ; tout mauvais traitement à leur égard devant être interdit, et les coups « regardés comme des attentats dignes d'une punition exemplaire ».

Bailly, dans un rapport présenté l'année suivante à l'Académie des sciences, signale la situation déplorable du service des aliénés à l'Hôtel-Dieu. Dans son mémoire sur les hôpitaux, imprimé en 1788, Tenon insiste également sur l'état défectueux de ces salles où les lits sont peu nombreux, et où les malades restent toujours confinés, n'ayant à leur disposition ni cour, ni promenoir. Il réclame l'envoi de toutes les personnes atteintes de troubles mentaux et considérées comme curables, dans un hôpital où deux cents lits leur seraient réservés en un quartier spécial. Ce quartier ferait par lui-même fonction de remède, les malades ayant la liberté, tout en restant surveillés, de quitter leurs loges et de circuler dans les galeries et les promenoirs. Il est regrettable qu'un philanthrope aussi éclairé, auteur d'un vaste projet de réformes, n'ait pas absolument condamné l'usage des chaînes ; il propose d'en fixer aux murs des réfectoires et des chauffoirs, près des bancs, et au pied des crèches dans les loges, les unes pouvant, dit-il, maintenir par le corps « ceux dont il est prudent de s'assurer », les autres servant à prendre par le pied celui « qu'il est nécessaire de contenir ». Le duc de La Rochefoucaud Liancourt, dans un rapport sur les hôpitaux et les prisons présenté à l'Assemblée nationale, montrait la déplorable condition de ces malheureux, exposés à la curiosité des visiteurs et aux sévices des gardiens. Dans le nouveau plan de constitution pour la médecine en France, présenté également à l'Assemblée nationale, en 1790, la Société royale de médecine demandait la création, dans les hôpitaux ordinaires, d'une salle réservée aux délirants, et d'une division pour les maladies exigeant un traitement particulier, comme les affections maniaques, convulsives et épileptiques ; elle envisageait aussi l'organisation d'hôpitaux spécialement destinés au traitement de la folie.

Daquin, médecin de l'hôpital de Chambéry, ayant pris, en 1787, la direction du quartier des aliénés, y avait trouvé une quarantaine de malades. Leur situation pénible l'impressionna vivement, et il déclare « que celui qui voit un fou sans être touché de son état, ou qui ne le voit que pour s'en amuser, est un monstre moral ». Aussi interdisait-il l'entrée du service à toute personne étrangère. Au cours de fréquentes visites, il s'entretenait familièrement avec les malades, s'efforçant d'atténuer leurs misères. Un de ses plus vifs désirs eut été

de retirer ces infortunés des pièces sombres et malsaines où ils végétaient, et de les faire vivre au grand air, mais l'enclos de l'hospice était rempli de plantes potagères et d'arbres fruitiers, et il y avait trop peu d'infirmiers pour exercer la surveillance nécessaire et s'opposer aux dégâts. C'est également en 1787, qu'Abraham Joly fut appelé à Genève à prendre la direction de la Discipline, dépendance de l'hôpital réservée aux aliénés ; il s'efforça de combattre l'emploi des chaînes. En Angleterre, John Howard avait signalé la présence, dans les prisons et les maisons de correction, de nombreux aliénés dont on ne prenait aucun soin et que peut-être un traitement approprié pourrait ramener à la raison. La maladie de Georges III éveilla plus particulièrement l'attention publique. En 1792, une réunion, provoquée par le président du Collège des médecins d'Edimbourg et le Lord Prévôt de la cité, prévoyait la création d'un établissement spécialement réservé aux aliénés ; telle fut l'origine de l'asile royal de Morningside. Quelques jours après, un simple négociant de la ville d'York, William Tuke, proposait à une assemblée de la société des Amis, la fondation de la maison qui fut nommée la Retraite.

D'autres que Pinel ont donc pris en pitié le sort des aliénés, d'autres se sont efforcés de les soigner, de les guérir. Est-ce une raison suffisante pour déprécier son rôle, pour lui opposer de vaines questions de priorité ? L'action doit saisir l'instant propice ; sinon, les pensées les plus généreuses ne donnent pas de fruits, les succès restent partiels, sans résultats durables. Mais si les circonstances se montrent favorables, si la réforme semble mûre, alors peut surgir la personnalité puissante qui saura l'imposer.

En 1778, année qui vit disparaître Voltaire et Rousseau, Pinel arrivait à Paris, âgé de trente-trois ans. Il y vécut longtemps dans le travail et la méditation, ignoré du grand public, et c'est dans la société d'Auteuil, dans le salon de Mme Helvétius dont il fut un des familiers, que Cabanis, Cousin et Thouret, les futurs administrateurs des hôpitaux, le rencontrèrent et apprirent à le bien connaître. Aussi quand il fut question de mettre un terme aux abus et de transformer le régime des aliénés dans les hospices parisiens, ils déclarèrent, sans hésiter, que pour mener à bien une tâche pareille, l'homme idoine était Pinel.

D'autres se seraient sans doute enorgueillis de ce choix, et le succès final les eut peut-être grisés. Mais lui, parvenu même au faîte des honneurs, devait demeurer simple et modeste, et écrire un jour, à propos de l'œuvre accomplie : « Un concours heureux de circonstances a amené ce résultat. » Considérant les aliénés comme des malades, il expose, en ces quelques mots, sa ligne de conduite à leur égard : « Réprimer avec sagesse leurs écarts, éviter tout ce qui peut les exaspérer, ne jamais perdre leur confiance ou savoir toujours la regagner ». La besogne était rude et l'heure difficile ; on se trouvait en pleine tourmente révolutionnaire. Les résistances, les obstacles, les dangers barraient la route, et les débuts furent pénibles. Durant ses deux années de séjour à Bicêtre, son énergie et sa persévérance ne purent aboutir à la libération de tous les maniaques enchaînés, et son départ pour la Salpêtrière retarda jusqu'au 23 mai 1798 la disparition complète et définitive d'une pratique surannée. Il lui avait été également impossible d'obtenir de l'administration, malgré des instances réitérées, un terrain de culture pour les convalescents.

Lorsque sa volonté tenace eut enfin réalisé dans les deux hospices les réformes nécessaires, il restait à les étendre à la France entière. L'œuvre lui semblait belle et il avait la foi ; mais des occupations absorbantes le retenaient à Paris, et ses forces commençaient à décliner. Il sut trouver le confident de ses pensées, de ses espérances, il en fit un autre lui-même, et ce fut Esquirol ; puis il lui adjoignit Ferrus. Les temps étaient venus ; le maître avait semé la graine, et les disciples allaient faire la moisson.

Sur la proposition de M. le Dr René Semelaigne, Président, l'Assemblée vote par acclamations la nomination des Présidents d'honneur et des Secrétaires de Séance dont le nom figure en tête du présent volume.

Séance inaugurale des Travaux du Congrès à Lausanne

Vendredi 6 août, à 9 h. 1/2, réuni dans la salle du Palais de Rumine à Lausanne, le Congrès assistait à la séance inaugurale de ses travaux dans le canton de Vaud.

M. le Conseiller d'Etat Bosset, représentant le gouvernement vaudois présidait la séance.

M. le Conseiller d'Etat Bosset :

Mesdames, Messieurs,

Au nom du Gouvernement du Canton de Vaud et de la Municipalité de la Ville de Lausanne, nous avons l'honneur de vous souhaiter la bienvenue la plus cordiale.

Nous espérons que les quelques heures que vous aurez passées dans notre pays vous laisseront, en même temps que le fruit de vos travaux intellectuels, le souvenir bienfaisant d'un court passage dans des sites agrestes, riches en réminiscences historiques et celui d'une population active et laborieuse, conciente de ses droits, mais aussi de ses devoirs, fermement attachée aux institutions qu'elle s'est librement données.

Cette population et ses autorités tiennent à vous dire, par notre intermédiaire, l'intérêt très vif que suscitent vos travaux et la sympathie sincère qu'elles vous témoignent, ainsi du reste qu'à tous ceux qui consacrent leurs forces à la recherche de la vérité et à l'amélioration du sort de leurs concitoyens atteints de ce mal redoutable que vous, aliénistes et neurologistes vous vous efforcez de connaître scientifiquement pour le vaincre ou en atténuer les effets.

C'est un lieu commun et une vaine redite, mais combien agréable à pouvoir sans cesse répéter, de vous affirmer, Messieurs les représentants de la Grande République voisine toute la reconnaissance que nous éprouvons pour votre beau pays.

Nous n'oublions point, en effet, que non seulement nous avons contracté envers vous une dette immense de gratitude pour tout ce qu'ont fait, dans les domaines les plus divers, vos grands penseurs et vos inoubliables ouvriers de la science, mais qu'encore nous vous devons le bien le plus précieux : la liberté et l'égalité. Ne sont-elles point dans toutes les mémoires ces journées glorieuses de 1798, où notre peuple put secouer le fardeau de la servitude qui depuis des siècles pesait sur ses épaules, et cela grâce au souffle libérateur de cette Révolution qui balaya du monde l'oppression et la tyrannie aussi bien matérielles qu'intellectuelles.

N'est-ce point à votre Premier Consul que nous dûmes cet Acte de Médiation qui jeta en 1803 les bases de notre confédération d'Etats telles qu'elles existent encore aujourd'hui ? et enfin plus récemment, n'est-ce pas à vous que nous devons... ? mais je m'arrête, car il s'agit d'histoire contemporaine et, puisque nous nous comprenons, je m'en voudrais par des paroles trop peu diplomatiques, d'enfreindre les règles de la neutralité protocolaire.

Vous serez sans doute étonnés de constater des législations si différentes sur une surface aussi restreinte que celle des trois cantons que vous visitez. Législations différentes dans les domaines les plus divers et notamment celui des maladies à la lutte desquelles vous vouez tous vos soins et tous vos efforts.

Ceci, Messieurs, est une des caractéristiques de notre Etat fédératif ; nécessité due à la diversité ethnique des populations de notre pays, ayant des religions différentes, plusieurs langues nationales, des organisations administratives qui ne se ressemblent pas, mais unies par un même amour pour la patrie commune.

La preuve de l'impossibilité de grouper sous une même loi et un même statut politique des éléments si divers, a été victorieusement faite à l'époque historique, à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, et dont s'est bien vite aperçu votre génial Premier Consul. Et aujourd'hui, après avoir réalisé les principes directeurs de la Constitution qui nous régit, après avoir « une armée et un droit civil », et, dans des domaines variés des prescriptions uniformes, il nous est permis de saluer la résistance générale que rencontrent ceux qui voudraient tout grouper, tout centraliser ; résistance que fortifie la cons-

tatation que plusieurs pays voisins souffrent d'un excès d'unification et s'efforcent de revenir à l'état politique que nous désirons conserver.

Aussi bien vous permettrez-nous un rapide regard sur l'organisation sanitaire vaudoise, en tant qu'elle touche aux maladies mentales.

Jusqu'au commencement du siècle dernier, les aliénés étaient traités à l'Hôpital cantonal avec les autres malades. Ce n'est qu'en 1810 qu'on les réunit au nombre de 70 environ dans un bâtiment spécial. Par suite de l'accroissement de la population, les locaux étant devenus insuffisants, l'Etat fit construire en 1870 le vaste établissement du Bois-de-Cery, que nous aurons l'honneur de vous faire visiter après-midi.

Pour répondre aux exigences spéciales du traitement des aliénés et sans doute sous l'influence des idées de votre grand Pinel — dont vous venez de fêter le centenaire — la direction jusqu'alors exercée par un inspecteur laïque fut confiée à un médecin.

L'adjonction d'un vaste domaine intervint ultérieurement et ne fut pas sans créer des difficultés vraiment épiques — et dont notre Grand Conseil entendit souventes fois les échos — entre l'économe qui était à sa tête et le directeur de l'asile.

Celui-ci abrite aujourd'hui environ 550 malades qui nécessitent, outre le médecin-chef, 4 autres spécialistes attachés à l'établissement et quelque 180 employés de tous genres. Il y a quelques années, un hôtel disponible offrit à l'Etat une excellente occasion de décongestionner l'asile dont un peu plus d'une centaine d'aliénés tranquilles purent devenir ainsi les hôtes de cette annexe dite de la Rosière. Enfin, un nombre un peu supérieur de malades inoffensifs est placé dans des familles de notre campagne vaudoise.

Toute admission à Cery — cas d'urgence réservés — est subordonnée à une demande écrite de la famille ou de l'autorité, accompagnée du certificat d'un médecin, établi dans le canton, mais n'ayant aucune attache avec l'administration. Celle-ci intervient sous la forme du Conseil de Santé et des Hospices, conseil technique du Département de l'Intérieur, pourvu de vastes compétences et attributions, notamment celles de visiter tous les établissements, officiels et privés, affectés aux maladies mentales. Chaque aliéné est pourvu d'un dossier, suivi de près par les 3 médecins du Conseil de Santé, qui

comprend en outre un laïque, aujourd'hui le rédacteur en chef d'un de nos plus grands quotidiens, et le Chef du Département de l'Intérieur qui le préside.

Deux chiffres pour terminer : Cery et la Rosière ont un budget de dépenses de 1.350.000 fr., environ et de recettes d'approximativement 900.000 fr. Ces recettes proviennent des prix de pension imposés aux malades ou à leurs familles ou en cas d'indigence, aux communes d'origine.

A l'exception de quelques étrangers à la Suisse non rapatriables, nous ne conservons en effet que les Vaudois, les autres aliénés étant acheminés sur leur pays ou canton d'origine sitôt qu'ils sont transportables. Ceci en vertu de convention de réciprocité.

Un mot, enfin, sur les alcooliques, à l'égard desquels une loi spéciale permet de prendre des mesures énergiques sitôt qu'ils deviennent dangereux pour eux ou leur famille. La période aiguë passée à Cery, ils sont, après prononcé administratif du Conseil d'Etat, astreints à passer un temps de 6 mois à 3 ans dans un établissement *ad hoc.*

Un des rapports qui vous sera présenté incessamment, — et sans doute fera autorité en la matière — traite de la thérapeutique des maladies mentales par le travail. Permettez-nous quelques réflexions à cet égard, tirées de constatations faites à Cery, et, par avance, excusez l'impropriété des termes d'un profane.

Ce n'est pas d'hier que l'on a constaté les heureux effets du travail régulier, bien ordonné, sous une direction ferme et bienveillante pour la rééducation des délinquants et des alcooliques.

Il n'y avait plus qu'un pas à franchir pour occuper aux travaux agricoles les aliénés tranquilles qui ne demandaient pas mieux que de sortir de leurs dortoirs ou cellules. C'est ainsi que la plupart des asiles s'élèvent au milieu d'un domaine agricole exploité avec l'aide de cette main-d'œuvre tout naturellement disponible.

Quant aux aliénés agités, dangereux ou suicidaires, c'est une tout autre question. Or, notre asile cantonal compte une forte proportion de malades de cette catégorie. C'est à ce problème délicat entre tous que s'est attaché le défunt directeur, professeur Mahaim, un de vos illustres compatriotes, Messieurs de Belgique, avec la collaboration de 20 ans de M. le Dr Preisig, aujourd'hui son successeur.

Dans un rapport, inspiré, cela ne fait aucun doute, par le Dr Mahaim, le gouvernement vaudois, en 1906, exposait au Grand Conseil, comme suit, cette thérapeutique des aliénés le travail :

« En dehors des agités, des malpropres, des suicidaires et « des gâteux, l'asile comprend des malades chroniques incu- « rables, mais assez tranquilles, des hallucinés et des « délirants.

« Si les chroniques relativement tranquilles doivent rester « enfermés tout le jour sans rien faire, ils s'ennuient, devien- « nent grincheux, se disputent, chicanent leurs camarades ou « détruisent les meubles ou leurs habits. On met au lit ceux « qui sont trop difficiles à maîtriser. Il faut occuper les « autres. C'est le vrai moyen de les empêcher de prendre de « fâcheuses habitudes, car le travail les distrait de leur mau- « vaise humeur ou de leur délire.

« Le travail est le véritable traitement psychologique de la « folie.

« Il fait penser l'aliéné à autre chose qu'à son délire, il « dirige son attention vers des idées normales, il lui apprend « à considérer l'infirmier comme un collaborateur et non « comme un gardien. Le travail, enfin, donne à l'aliéné le « sentiment qu'il est encore bon à quelque chose.

« Des idées et des sentiments de ce genre sont pour l'aliéné « un bienfait inestimable, résultat direct et immédiat du « traitement par le travail.

« Récemment encore, on a pu introduire chez les agités « chroniques de Cery un travail qui n'exige pas d'instruments « dangereux : le triage de l'esparcette. La division en est « transformée. Presque la moitié des malades demeurent « tranquilles à peu près toute la journée.

« Un agité souvent agressif, passant ses journées à croire « qu'on l'empoisonne, grincheux, irritable, frappant parfois « ses camarades, s'est vivement intéressé à ce travail : il s'est « piqué d'amour-propre, a revu tout le triage fait par les « autres. Depuis ce temps, il reste persécuté comme avant, « mais de bonne humeur. Il ne s'est plus disputé, ni battu : « il n'a plus le temps.

« Cette bonne influence du travail, qui amène l'ordre et le « silence en division et procure aux chroniques la satisfac-

« tion intérieure, est encore plus visible chez les malades qui « sont devenus moins agités, mais qui délirent encore et « même hallucinent.

« En effet, alors que les idées délirantes ne sont pas encore « habituelles, on peut distraire le malade par une occupation.

« Naturellement, on ne doit confier qu'avec prudence des « instruments à des malades qui sortent à peine de leur agi- « tation. Il faut être là tout près pour empêcher que le malade « cherche à utiliser l'instrument contre lui-même ou contre « des camarades qu'il prend pour des persécuteurs imagi- « naires.

« C'est cette surveillance qui est la grande tâche du person- « nel. Si l'on peut voir des malades manier la pioche, la four- « che, la hache et la scie, c'est qu'ils sont surveillés.

« A chaque instant, pendant le travail, un malade s'arrête, « paraît mal disposé, doit être rentré, remis au lit, — et c'est « une erreur de croire que parce que les malades manient « des haches pour couper du bois, ils sont guéris.

« Tel qui aime à couper du bois est un imbécile incen- « diaire qui ne peut travailler qu'à cela. Il n'est pas dange- « reux pour les personnes, mais quand il est en liberté, il « vole, il rôde, il incendie.

« Tel autre paraît guéri et normal. On le fait sortir. On le « ramène avec lettre du Préfet et de la Commune suppliant « de ne plus le laisser sortir, car dès qu'il boit un verre, il « menace d'assassiner un citoyen auquel il en veut par suite « de son délire de persécution. A Cery, surveillé constam- « tamment, ne buvant pas d'alcool, il est calme.

« Cette thérapeutique de la folie par le travail n'est pas « non plus une nouveauté. Elle est pratiquée en grand dans « presque tous les asiles suisses.

« Elle fut déjà réclamée avant 1883 à Cery par une Com- « mission du Grand Conseil ; malheureusement les docu- « ments qui restent sur ce qu'on a fait depuis lors à Cery sont « très incomplets ».

Aujourd'hui la proportion des malades occupés a augmenté encore. Vous aurez du reste, Mesdames et Messieurs, l'occasion de vous en rendre compte cet après-midi, même.

Quelles sont les conséquences et répercussions de cette transformation de la thérapeutique ?

Au Moyen Age, le « possédé » est enfermé dans un cabanon, enchaîné comme une bête fauve ; au XIXe siècle, on lui enlève ses liens, on le traite en malade, mais en malade incurable, toujours prêt à faire du mal à lui-même ou à son entourage et qu'il faut dompter par la douche ou la camisole de force. Aujourd'hui c'est la reprise d'une vie normale, réglée, laborieuse, dirigée par une autorité calme et paternelle sous laquelle s'apaisent les vagues de l'agitation et de la violence.

Quel chemin parcouru ! Quelle magnifique leçon de choses ! Tandis que dans le monde des bien portants, des esprits hargneux ne cessent de dépeindre le travail comme un fardeau odieux, en réclamant toujours plus de temps pour la jouissance, ce que nous voyons dans nos asiles d'aliénés est le témoignage le plus éloquent de la vertu du travail qui apaise, qui relève ou qui rachète.

Soyez les bienvenus, vous tous qui vous consacrez à répandre et à développer ce noble idéal. Comme pour les immortels cathédraliers, votre œuvre vous survivra pour le bonheur et la gloire d'une humanité reconnaissante.

M. le Professeur ARTHUS, Représentant la Faculté de Médecine et l'Université de Lausanne :

MESSIEURS,

L'Université de Lausanne est heureuse de pouvoir vous souhaiter la bienvenue en cette maison, qui est sienne, en cette Aula, où elle reçoit ses visiteurs illustres, et vous en êtes assurément, ceux pour lesquels elle professe une sympathique admiration, et vous ne sauriez douter que, parmi ceux-ci, elle vous place en fort bon rang.

Il eût été désirable que notre Recteur, qui est un de nos confrères et qui manie aussi bien le Verbe français que la formule thérapeutique, ou que notre Doyen, gynécologue éminent et qui, à fréquenter beaucoup les dames, a acquis la maîtrise en beau-parler, il eût été désirable, dis-je, que notre Recteur et notre Doyen eussent pu être là, pour vous accueillir ; mais, malgré tout le désir qu'ils en avaient, ils n'ont pu se trouver parmi nous aujourd'hui et ils m'ont chargé de vous en exprimer toutes leurs excuses et tous leurs regrets.

Et c'est ainsi que vous avez devant vous le Vice-Doyen de la Faculté de Médecine, pauvre physiologiste, très ému et très timide devant votre Congrès, qui réunit tant d'hommes éminentissimes et dont la renommée est universelle.

Et c'est qu'en vérité le physiologiste, de par la nature de ses études et par leur limitation à ce qui, dans les phénomènes de la vie, relève de la seule matière et des seules lois de la mécanique, de la physique et de la chimie, le physiologiste se sent infiniment petit en face des savants que vous êtes et qui vous appliquez à percer les mystères de la raison, de la sensibilité, de l'affectivité humaine, toutes choses qui relèvent de l'âme et non du corps, toutes choses qui sont des impondérables et non des masses, toutes choses, en vérité, qui mènent l'humanité dans les mystérieux sentiers, qu'elle suit en son ascension séculaire. Et si l'étude physiologique est noble, puisqu'elle porte sur le divin chef-d'œuvre de la vie, combien vos études psychologiques et psycho-pathologiques sont-elles plus nobles encore, puisqu'elles portent sur l'âme, qui fut faite à l'image de Dieu.

Que de fois, Messieurs, en mes méditations — car on peut longuement méditer sur les rives du calme Léman, quand, au flanc de nos coteaux où s'élabore le vin vaudois, on s'attarde à remplir ses yeux, son âme et son cœur de l'incomparable spectacle du lac et des Alpes, qui est assurément l'un des plus grandioses et des plus prenants qui soient au monde — que de fois, Messieurs, je vous ai jalousés et enviés ! Il me souvient, — c'était à l'époque déjà lointaine (il s'agit de 40 ans) où je débutais en physiologie, là-bas, sur la Montagne Ste-Geneviève, — d'avoir ressenti quelque jour le frisson passionné, dont est secoué le chercheur, quand se soulève pour lui quelque peu le voile qui dérobe à sa connaissance, le mystère de la vie physique, et je n'évoque jamais ces vieux souvenirs sans en éprouver une profonde et surhumaine émotion. Mais vous, qui sondez les âmes et les cœurs, vous qui analysez l'immatériel, vous qui énoncez les lois qui, dans votre domaine, et malgré qu'on en ait dit, sont aussi précises et rigoureuses que celles qui président aux harmonieuses coordinations physiologiques, vous qui avez pu reconnaître derrière les diversités, les oppositions, les paradoxes de la pensée et du sentiment de l'homme, la merveilleuse et implacable unité d'une vie, où tout se tient, s'enchaîne et s'ordonne, avec une telle constance et

une telle régularité qu'on pourrait, je n'en doute pas, écrire, aux jours de la jeunesse, l'histoire complète d'une vie, pourvu qu'on en connaisse les conditions générales, comme on peut par avance décrire une expérience, quand on en a fixé le déterminisme. Ah ! Messieurs, comme vous avez dû vous sentir élevés, transportés, transfigurés quand vous avez découvert en votre discipline ! et comme je vous envie de cette gloire quasi-divine dans laquelle, à certaines heures, vous êtes entrés et dont, pauvre que je suis, je n'ai jamais aperçu que les très lointains reflets !

Permettez-moi, Messieurs, de vous souhaiter un heureux séjour en notre ville universitaire et en ce doux Canton du Vaud. Puissent vos travaux et vos discussions être féconds en résultats et préluder à de nouvelles découvertes et à de nouveaux progrès ! Nous serions heureux et fiers que quelqu'un de ces progrès futurs soit un peu, si j'ose ainsi parler, un petit Lausannois !

Peut-être voudrez-vous permettre au vieux physiologiste que je suis d'exprimer un vœu; vous savez que les hommes qui ont dépassé la cinquantaine, et c'est mon cas, ne détestent pas d'émettre des vœux (je ne dirai pas de donner des conseils, ce serait impertinent de moi à vous). J'aimerais que chaque jour davantage, suivant une tendance qui se développe en médecine corporelle, vous vous appliquiez à faire de la psychothérapie préventive, car mieux vaut toujours prévenir que soigner et si possible guérir. Appuyée sur la physiologie expérimentale, science royale dans le domaine de la matière vivante, l'hygiène fixe les conditions de la vie matérielle qui permettent à la longue évolution de l'organisme humain de se développer harmonieusement sans à-coups et sans accidents ; la médecine note les insuffisances d'organes qu'elle décèle par une analyse méthodique du fonctionnement des systèmes organiques, et, par un traitement rationnel et non plus empirique, elle retient l'organisme sur la pente glissante où il s'est engagé... Je ne doute pas que vous-mêmes, appuyés sur la psychologie, science royale dans le domaine de l'esprit, vous puissiez tracer les règles d'une hygiène mentale, assurant au sujet qui en appliquera les principes, une vie régulière, sereine, harmonieuse et que vous puissiez reconnaître les premières manifestations de quelque dérèglement de l'âme et y apporter les légitimes remèdes que la logique et l'expérience vous auront fait connaître.

Et voyez comme votre activité s'amplifie : vous n'êtes plus des guérisseurs de fous et de détraqués ; vous devenez des éducateurs, des directeurs d'âmes, des pilotes pour la vie !

Oh ! sans doute, vous ne parviendrez point à refondre une âme et moins encore un cœur, qui se sont lentement modelés au cours des siècles, aux épisodes de la vie des ancêtres; mais est-il besoin de refondre ? Ne pourrez-vous pas, aux heures où la raison et le sentiment ne sont pas encore refroidis et comme cristallisés, ne pourrez-vous pas les forger en quelque mesure, comme fait le forgeron, qui bat le fer sur l'enclume ? Sa main robuste et experte en fait, au gré de sa volonté, un fer à cheval, une arme pour combattre, un bouquet de fleurs métalliques. A vous, il appartiendra d'aiguiller une âme qui se forme vers l'honneur, la vertu, le génie. Forts de vos méditations, de votre érudition, de votre expérience, guidez, Messieurs, c'est une grande et noble tâche, guidez les âmes en péril. Vous le pouvez. Voyez le pilote, qui conduit sur la mer immense le lourd bateau qu'on lui a confié. Il n'a présidé ni à sa construction, ni à son aménagement, il ne surveille point ses chaufferies, il ne commande ni aux courants, ni aux tempêtes ; il tient d'une main ferme et souple, avisée et prudente, le gouvernail, et le bateau atteint le port après une heureuse traversé.

Puisse bientôt se lever le jour béni, où vous serez, Messieurs, les pilotes de l'âme humaine, qu'au milieu des vicissitudes de la vie, vous saurez conduire à bon port.

Messieurs, l'Université vous salue.

M. René Semelaigne, Président du Congrès.

Je remercie les représentants des Autorités cantonales, municipales et universitaires, réunis en ce moment au Palais de Rumine pour souhaiter la bienvenue à notre congrès de langue française. M. le Conseiller d'Etat Bosset a bien voulu présider cette séance, et la pensée donnée à l'amitié inaltérable de nos deux pays m'a profondément touché. Je remercie M. le professeur Arthus, dont nous connaissons tous les travaux remarquables, et qui nous a parlé avec l'ardeur d'un physiologiste, d'un précurseur et d'un poète.

Après Genève, c'est Lausanne qui nous reçoit aujourd'hui,

et partout nous rencontrons les mêmes sympathies, partout nous sommes traités, non comme des hôtes passagers, mais comme de vieux amis. Nous en sommes profondément touchés.

Déjà nous avions autrefois été accueillis, dans votre beau pays, avec une telle cordialité que cette réception me semble toute récente ; c'était pourtant en 1907. Notre Congrès, vous le savez, est de nature essentiellement vagabonde, et chaque année nous avons coutume de changer notre lieu de réunion. Mais il est des heures dont le souvenir reste particulièrement vivace, il est des hôtes qu'on aspire à revoir. Et nous sommes revenus. Ce n'est certainement pas pour la dernière fois. Sur certains d'entre-nous cependant, et je suis de ce nombre, le temps commence à peser, et sans doute ne nous sera-t-il pas à tous donné de nous retrouver à nouveau parmi vous. Mais les absents sont aisément remplacés, et je puis vous dire aujourd'hui, au nom de tous et de tout cœur : nous réviendrons.

DISCUSSION

DES

RAPPORTS

PREMIER RAPPORT

PSYCHIATRIE

LA SCHIZOPHRÉNIE

RAPPORTEUR : **M. le Prof. Eugène BLEULER (Zurich)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Lorsqu'en 1886, quittant la clinique du Burghölzli, je fus placé à la tête de l'asile de Rheinau, j'emmenai avec moi un certain nombre de jeunes malades dont je n'avais pu jusqu'alors obtenir grand résultat, mais que j'espérais pouvoir améliorer dans un asile de campagne où les possibilités d'occuper mes malades étaient plus variées et où j'avais personnellement plus de temps à leur vouer.

Ils arrivaient avec les diagnostics les plus variés : manie, mélancolie, paranoïa, confusion mentale, etc., mais, avec le temps, ils tombèrent tous dans le même type de démence. Plus tard, Kræpelin a réuni ces formes sous le nom de démence précoce. Son trait de génie fut de délimiter en même temps les formes maniaques-dépressives qu'il opposait à la démence précoce, nom qui donna suite à toutes sortes de malentendus et fit de nombreux ennemis au nouveau concept. On prétendait, avec raison, qu'en bien des cas il n'y avait ni démence ni précocité. Au contraire, on reconnaissait le plus en plus des formes plus légères qui rentraient dans le même cadre. C'est pourquoi nous avons proposé le nom de schizophrénie.

La délimitation de cette unité nouvelle se fait le plus facilement, pour le moment du moins, d'une manière négative, en disant que tous les signes caractéristiques des autres groupes font défaut dans sa symptomatologie, c'est-à-dire des psychoses organiques (paralysie générale, démence sénile, etc.), épilepsie, etc. ; seuls les symptômes de la folie maniaque-dépressive et des névroses peuvent rentrer dans le cadre de la symptomatologie schizophrénique, comme signes partiels, à côté d'autres signes franchement caractéristiques. De grande importance est aussi le fait qu'une psychose organique ou maniaque-dépressive atteignant une constitution fortement schizoïde, peut provoquer des symptômes isolés à ressemblance schizophrénique (mais non pas un processus schizophrène, du moins selon la plus grande probabilité).

Je ne puis pas vous énoncer tous les symptômes positifs qui caractérisent tout le groupe de la schizophrénie et que du reste vous connaissez déjà. Il n'y a pas de cas où l'on puisse les constater dans leur ensemble, mais ils sont susceptibles d'être échangés l'un pour l'autre et peuvent se remplacer mutuellement. Dans leur ensemble, ils permettent de différencier les schizophrénies de tous les autres groupes de psychoses. Dans toutes les formes quelque peu prononcées, nous trouvons un *trouble particulier de la pensée* qu'on peut caractériser en général comme un relâchement des associations usuelles : à la question : « Où l'Egypte se trouve-t-elle ? », il ne vient à l'idée de nul être normal de répondre : « Entre l'Assyrie et l'Etat du Congo. » Déjà, le fait d'associer dans sa pensée l'un des plus vieux états du monde à l'un des plus modernes n'est possible, que lorsque la notion de temps, qui, chez l'homme normal, ne manque jamais de jouer son rôle dans l'inconscient, a été négligée par le malade. Mais de les rapprocher de la notion d'Egypte est encore plus bizarre du point de vue purement géographique. L'idée la plus à portée comme « Nord-Est de l'Afrique » ou toute autre semblable ne surgit pas chez le malade, mais, par contre celle d'un pays appartenant à un autre continent et dont la frontière ne touche pas même à l'Egypte, et ensuite, celle d'un autre pays qui n'est qu'indirectement en rapport avec l'Egypte par l'intermédiaire du Soudan. Et pourtant, la réponse du malade prouvait qu'il connaissait bien la situation géographique de l'Egypte.

Pour faire voir toute l'importance de ce trouble des associations, on devrait naturellement ajouter une multitude d'autres

exemples, pour lesquels le temps nous manquerait. Mais ce que nous avons dit peut déjà en donner une idée. De ce relâchement des associations résulte une foule d'autres troubles qui atteignent les concepts aussi bien que la logique : insuffisance du jugement, manque de clarté dans la pensée, condensation de plusieurs concepts en un seul, etc.

Dans le *domaine instinctif*, nous trouvons un affaiblissement des réactions affectives qui, dans les cas graves, peut aller si loin que pendant des années, on ne peut observer aucune réaction émotive. Les malades continuent à végéter sans s'inquiéter le moins du monde de leur bien-être ou de leurs maux ; il faut les conduire à table, les mettre au lit, les faire lever ; pendant un incendie ils restent tranquillement assis au milieu des flammes et se laisseraient brûler si on ne les emmenait pas.

Dans les cas moins avancés, on trouve des troubles plus légers *mais qui, qualitativement se montrent exactement pareils ;* réaction intellectuelle et affective irrégulière, normale dans certaines circonstances, nulle dans d'autres et souvent dans les plus importantes ; ou bien les réactions affectives sont « rigides », c'est-à-dire s'adaptent mal aux divers événements extérieurs ou intérieurs, ne montrent pas les modulations correspondantes, mais des réactions insolites et paradoxales (parathymies, paramimies). Souvent, deux sentiments contraires colorent simultanément la même représentation mentale (ambivalence). Dans les formes un tant soit peu prononcées, on constate un contact insuffisant avec le monde extérieur, en revanche, une sorte de retraite dans la vie intérieure (autisme). Les troubles des associations et des émotions, y compris l'autisme, ne manquent dans aucun cas prononcé et semblent faire partie de même de la maladie ; c'est pourquoi nous les appelons « *symptômes cardinaux* ». A côté des symptômes cardinaux, il y a des symptômes *accessoires* qui tantôt sont présents, tantôt manquent : les hallucinations, les idées délirantes, les symptômes catatoniques, la catalepsie, la stupeur, les hypercinésies, les stéréotypies, le maniérisme, le négativisme. Ces symptômes ont, soit en eux-mêmes, soit en relation avec d'autres symptômes, un cachet particulier qui les caractérise comme schizophréniques. Nous distinguons facilement les hallucinations d'un délire alcoolique, de celles d'une schizophrénie ; un homme qui, pendant des années, en pleine possession apparente de ses facultés, entend des voix, présente

presque à coup sûr d'autres signes de schizophrénie, de sorte que, dans les exceptions où l'on ne trouve pas d'autres signes, la probabilité reste cependant très forte que c'est un cas de schizophrénie. On ne constate, par exemple, des hallucinations somatiques alliées à un jugement apparemment intact que chez les schizophrènes ; bref, on peut citer des douzaines de particularités qu'on ne peut trouver que dans ce groupe de maladie.

Ce qu'on diagnostique aujourd'hui catatonie, paranoïa, confusion ou démence peut fort bien être remplacé demain ou avoir été précédé hier, par tout autre syndrome de nature schizophrénique, quoique bien des schizophrènes, durant tout le cours de la maladie, s'en tiennent plus ou moins au même syndrome clinique. Il est de même, assez fréquent, de voir les symptômes des divers groupes se rencontrer chez le même individu. La diversité des tableaux cliniques n'est donc qu'une expression différente du même processus, comme les aspects si variés de la phtisie appartiennent au même processus fondamental. *Ainsi, une forme initiale de schizophrénie, exceptée peut-être la catatonie chronique, peut être suivie par tout autre forme.*

Il en est de même pour *la rapidité de l'évolution* de la maladie. Une forme paranoïde chronique, qui demande vingt ans pour son développement, paraît, de prime abord, entièrement différente d'une catatonie aiguë qui, selon les circonstances, se termine en quelques mois. Mais, si nous étudions soigneusement l'anamnèse de pareils malades, nous constatons que les processus aigus ne sont que les exacerbations d'une évolution chronique qui, elle-même, peut aussi bien rester stationnaire ou même rétrograder à chaque moment, ou bien brusquement évoluer dans une poussée aiguë. Chez d'autres formes apparemment aiguës, il existe un stade chronique et, dans les cas dont l'évolution est des plus lentes, on n'est jamais sûr qu'un stade aigu n'aille pas éclater brusquement. C'est pourquoi, la gravité de la maladie est extrêmement variable, et il est tout à fait impossible de vouloir délimiter des groupes naturels à l'aide de ce facteur. Ceci est surtout le cas pour le syndrome de la *démence.* La démence schizophrénique est le produit, d'une part, de l'indifférence affective et de la perversion des instincts, et, d'autre part, des déviations logiques. Dans les cas légers, les déviations pathologiques des associations ne se produisent que rarement, l'indifférence et les troubles affectifs

ne sont que peu marqués, mais ces deux anomalies sont aussi bien présentes que dans les formes graves dans lesquelles les mêmes réactions pathologiques, mais poussées à un degré extrême, atteignent à la confusion complète ou à l'hébètement catatonique. *La différence entre les formes légères, schizomanie, paraphrénie, délire d'interprétation, etc., et la démence précoce dans le sens de Morel, ou les états hébéphréno-catatoniques considérés nosologiquement, ne nous semble qu'une affaire de degré, et non de qualité.* Dans *les deux cas,* rien du matériel de la pensée n'est réellement perdu. Toutes ces formes, par contre, sont qualitativement différentes des autres grands groupes de psychoses comme les démences organiques, épileptiques et oligophréniques.

Les formes *paranoïdes* sont, en général, des formes plus légères de la même maladie. Si, plus tard, elles se transforment en démence ou catatonie ou confusion, il ne s'agit que d'une aggravation de la maladie. Tous les nombreux essais faits en France et à l'étranger, de séparer les formes paranoïdes de l'ensemble du groupe ont entièrement échoué ; même la paraphrénie de Kræpelin a subi le même sort, car W. Mayer a constaté que les 3/4 des (soi-disant) paraphréniques de Kræpelin étaient, neuf ans plus tard, devenus des schizophrènes avérés, c'est-à-dire une proportion pour le moins aussi forte que celle d'hébéphréno-catatoniques entrés en démence dans le même laps de temps.

Il est important de noter aussi que l'*hérédité* de toutes ces formes est la même que pour les autres types schizophréniques.

Les *tableaux des maladies* que nous désignons comme schizophrénies, ont donc des caractères communs qui les distinguent de toutes les autres psychoses, au point de vue symptomatico-clinique, anatomique et hérédo-biologique. Si l'on veut appeler « maladie » cette sorte d'unité, nosologique ou non, c'est une affaire de goût. Nous l'avons fait. Les Français sont restés sur la réserve, ce que je comprends très bien. Vous êtes les meilleurs psychologues du monde, et nous sommes les pires. Vous avez créé de magnifiques tableaux cliniques qui, du point de vue psychologique, sont des unités, mais des unités d'un autre ordre, comme on peut classer les plantes en arbres, arbustes et herbes, ou au contraire d'après le système de Linné ou celui de de Candolle. Chacune de ces classifications a sa justification sous certaines conditions, mais elles devien-

nent fausses, si l'on veut, par exemple, faire de tous les arbres, du point de vue de la phylogénie, une seule unité.

Si, du point de vue symptomatologique, étiologique et anatomo-biologique, nous réunissons des formes diverses par aspect extérieur comme la catatonie, la confusion, le délire d'interprétation, la schizomanie, nous vous rappelons que le concept de la paralysie générale contient des tableaux cliniques très différents, et que, dans la tuberculose pulmonaire, on distinguait autrefois les cas bénins des cas mortels, comme des maladies particulières ; nous ne le faisons plus, et personnellement, je ne peux faire une maladie spéciale d'une schizophrénie, restée stationnaire à un stade prédémentiel, en l'opposant à d'autres formes semblables, mais à évolution plus grave.

En général, les *limites* de la schizophrénie sont faciles à saisir. Les difficultés pratiques du diagnostic se font sentir surtout, comme dans la plupart des autres maladies, dans la délimitation de l'état morbide du normal. La schizophrénie peut être de tous les degrés, depuis la santé apparente jusqu'à la plus profonde démence. Souvent chez des soi-disant dégénérés ou psychopathes qui peuvent encore s'adapter aux exigences de la vie et passent pour sains, l'observation fortuite d'une idée délirante ou d'une hallucination peut démontrer la maladie, que nous appelons alors *schizophrénie latente*.

Le *diagnostic différentiel* avec d'autres psychoses est le plus souvent facile. Seulement, il ne faut pas oublier qu'il y a aussi des formes mixtes, des combinaisons des différentes psychoses entre elles, et que des symptômes d'une maladie atteignant un psychopathe schizoïde, peuvent facilement prendre un caractère schizophrénique.

C'est la distinction des *névroses* qui offre les plus grandes difficultés, parce que tous les symptômes névrotiques peuvent apparaître aussi chez les schizophrènes. C'est pourquoi une névrose apparente cache assez fréquemment une schizophrénie insidieuse.

Quant à la *pathologie*, la schizophrénie est une maladie physiogène, mais elle a une si forte superstructure psychogène que la plus grande partie des phénomènes manifestes, comme les illusions des sens, les délires et la conduite extérieure, dépendent directement d'influences et de mécanismes psychiques, et que certains psychanalystes voudraient interpréter cette maladie comme purement psychogène. Ceci est certaine-

ment erroné. Cette maladie occupe donc le milieu, d'une part, entre les névroses dont le développement sur la base de dispositions névrotiques est purement psychogène, et les psychoses organiques d'autre part, dont les symptômes sont *presque tous* l'expression directe d'un processus cérébral anatomique. Les troubles schizophréniques des associations peuvent être admis comme étant les suites immédiates d'un processus anatomopathologique du cerveau, dans lequel des troubles du métabolisme physiologique jouent probablement un rôle. On peut en déduire la plupart des autres symptômes. Mais ce n'est là qu'une hypothèse provisoire et je n'y attache pas grande valeur, parce que je sais que les troubles des associations n'expriment qu'un des aspects d'un processus mental plus général, que nous ne connaissons pas encore. Je crois même qu'à la base de la maladie des *troubles primaires des instincts* jouent un grand rôle ; mais je ne puis ni les prouver, ni les décrire exactement.

Une partie des hallucinations, surtout les corporelles, sont, comme celles du délire alcoolique, causées par des irritations au système nerveux, c'est-à-dire, par des paresthésies qui, par suite des troubles de la pensée, sont projetées au dehors et rapportées à des machinations d'ennemis. Une fois éprouvées, ces paresthésies peuvent être évoquées par voie purement psychique, sans l'intervention d'une nouvelle irritation nerveuse. La sensation d'être électrisé, par exemple, n'est probablement à l'origine qu'une paresthésie faussement interprétée ; mais le malade peut secondairement la mettre au service des idées délirantes.

Les nombreuses *réactions psychogènes* qui se produisent dans certaines situations difficiles sur la base des troubles primaires schizophréniques, sont faciles à reconnaître comme telles. Il s'agit d'excitations de toutes sortes, d'états crépusculaires, de bouffées délirantes, de syndromes hystériques et soi-disant « neurasthéniques », hypocondriaques, aigus ou chroniques. *La distinction entre les symptômes psychogènes et physiogènes dans la schizophrénie est de la plus grande importance pour le pronostic et pour les questions d'assurance.* Les symptômes d'origine organique indiquent une durée ou un progrès du processus de la maladie, ceux d'origine psychique n'indiquent que des réactions passagères. Après disparition de la cause, elles reviennent sans laisser de traces, au *status quo ante,* mais elles peuvent, si la cause persiste,

devenir chroniques, comme c'est le cas par exemple dans le délire de persécution, formé sur la base de certains complexes.

Une grande partie des syndromes, aigus surtout, a cependant une genèse mixte : Le mariage d'une sœur cadette fait réaliser à une malade souffrant jusqu'alors de schizophrénie latente, dans son conscient ou dans son inconscient, sa propre incapacité d'aimer ; parce que le processus schizophrénique existe déjà, ce traumatisme psychique peut faire éclater une excitation schizophrénique ; mais il n'aurait pu provoquer le processus lui-même.



Les *séquelles psychiques* des accès graves sont surtout importantes au point de vue du *traitement*. On voit souvent qu'une poussée aiguë du processus s'est terminée, mais le malade ne retrouve plus le chemin de la réalité, il persévère dans certaines imaginations ou certaines impulsions, dans la tendance au suicide par exemple ; ce reliquat physique perd de son importance quand on réussit par voie psychique à débarrasser le malade de sa représentation mentale maladive.

Le *contenu* des hallucinations et des idées délirantes, excepté dans les états crépusculaires graves de la catatonie, dépend des désirs ou des craintes du malade. Beaucoup de ceux-ci sont refoulés dans l'*inconscient ;* dans les délires chroniques, il est d'ordinaire possible de trouver, dans la confusion la plus compliquée, un fil qui nous rend compréhensibles les idées délirantes. En cela, les mécanismes trouvés par Freud se sont montrés particulièrement importants ; une grande partie des idées, surtout les idées sexuelles, s'expriment en *symboles ;* certains mots ont fréquemment une signification toute nouvelle ; plusieurs concepts sont « condensés » en un seul, etc. Il est hors de question que la sexualité joue un rôle prédominant dans la symptomatologie de la schizophrénie, comme aussi dans celle des névroses.

Les personnes atteintes de schizophrénie et les familles dont elles sont issues, ont des particularités distinctes qui ont le même caractère que les séquelles d'une attaque de schizophrénie. Qualitativement, ces particularités sont pareilles aux symptômes de la schizophrénie prononcée, lesquels, par conséquent, peuvent être considérés comme une exagération de ces particularités. Nous appelons *schizoïdie* la somme de ces particularités ; si la schizoïdie atteint un degré maladif, sans qu'un processus schizophrénique se soit manifesté, nous parlons de *schizopathie.* Si le processus cérébral s'y ajoute, soit

sous une forme grave, soit sous une forme légère, nous avons la *schizophrénie*. La façon schizoïde de penser et de sentir est une exagération d'une forme normale de réaction, commune à tout être humain (réaction *schizothyme*). Il n'y a naturellement pas de limites distinctes entre ces différents degrés de particularités ou de bizarreries schizoïdes, et la transition de l'un à l'autre, n'est qu'affaire de nuance. Il est vrai que nombre d'auteurs sont d'avis que le processus anatomo-physiologique d'une schizophrénie prononcée, est quelque chose de nouveau qui s'ajoute à la schizoïdie, ce qui jusqu'à présent n'est nullement prouvé.

Mesdames et Messieurs, je serais heureux si j'avais réussi à vous montrer que la schizophrénie n'est pas un concept purement théorique et illusoire, mais qu'il contient au contraire bon nombre de points de vue utiles à notre science. Je ne doute pas que la psychiatrie française n'arrive, avec l'esprit de clarté et de précision qui la caractérise, à le développer et à le rendre alors vraiment fécond.

DÉMENCE PRÉCOCE ET SCHIZOPHRÉNIE

RAPPORTEUR : M. le **Prof. Henri CLAUDE (de Paris)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

En acceptant de rédiger un rapport sur la schizophrénie, à côté de M. le professeur Bleuler, j'ai apprécié hautement le grand honneur qui m'était fait, mais je ne me suis pas dissimulé les difficultés de la tâche que me confiait le Congrès. Le rapport que je soumets à la discussion de mes collègues, est le résultat de mes observations et réflexions, depuis un assez long temps, et particulièrement, des recherches que j'ai dirigées depuis ces dernières années. Il a été beaucoup écrit sur le sujet qui nous occupe, et cependant l'obscurité qui règne dans ce domaine de la psychiatrie est loin d'être dissipée, en raison des théories multiples et des conceptions diverses qui ont vu le jour relativement surtout, au mécanisme psychopathologique des états psychopathiques qui nous intéressent. Aussi, ai-je essayé d'examiner les faits à un point de vue aussi objectif que possible, et de m'appuyer essentiellement sur l'observation clinique, en m'abstenant d'entrer dans le développement de considérations psychologiques, qui manquent trop souvent d'une base solide et constituent des interprétations parfois ingénieuses, mais toujours fragiles.

Je ne me dissimule pas qu'en intitulant ce rapport : *Démence précoce et schizophrénie,* et, qu'en défendant une conception dualiste des insuffisances psychiques primitives, je vais heurter les idées de la plupart des psychiatres qui se sont ralliés à la notion de l'unité de la schizophrénie. Je crois bon néanmoins d'exposer les raisons pour lesquelles j'ai jugé la distinction nécessaire entre la démence précoce et la schizophrénie. Ce sera l'objet de la première partie de cet exposé. Dans la seconde, je dirai comment je comprends la schizophrénie, je rappellerai les relations qui existent entre les états de dissociation psychique, qu'ils prennent le caractère de

l'hystérie, de la psychasthénie ou des états schizoïdes et j'exposerai pour quelles raisons j'ai cru devoir distinguer, dans la schizophrénie proprement dite, certains états psychopathiques, sous le nom de schizomanies. Ainsi comprise, la schizophrénie représente non plus un groupe de psychoses, très diverses, réunies seulement par la notion de dissociation psychique, mais une psychose bien définie, qui tire son origine d'un état constitutionnel et aboutit en s'arrêtant, parfois, à des formes frustes ou dégradées, à une condition d'insuffisance psychique distincte d'autres psychoses, mettant l'individu dans la situation d'un aliéné.

La Démence précoce. — Je crois qu'il faut réserver le terme de démence précoce à une insuffisance psychique primitive survenant chez les individus jeunes, en dehors de lésions grossières des centres nerveux, et qui se traduit par l'affaiblissement progressif, puis l'anéantissement des facultés intellectuelles. Certes, ce qui domine, c'est le trouble profond de l'affectivité, de l'activité, de la curiosité, mais toutes les autres facultés qui constituent la capacité intellectuelle sont rapidement aussi dans un état d'infériorité manifeste. De l'inégalité de ces insuffisances fonctionnelles peuvent résulter, en raison du trouble dans le contrôle réciproque des facultés et leur jeu harmonique, des manifestations symptomatiques assez différentes, mais l'importance de celles-ci n'a qu'une valeur relative : ce qui importe, c'est de reconnaître l'affaiblissement global rapide. Voilà donc le type dont nous devons la connaissance aux observations d'Esquirol, de Morel, Kahlbaum, de Hecker, de Kræpelin, de Christian. Les auteurs qui n'admettent pas qu'il existe un état démentiel vrai dans ce qu'on est convenu d'appeler la D. P., s'appuient sur deux éléments qui feraient défaut, l'absence de troubles de la mémoire et l'absence de troubles du jugement, mais, dans les cas que nous avons en vue, ces troubles de la mémoire et du jugement ne font pas défaut, tandis qu'ils manquent dans la schizophrénie.

Malgré tout, cette démence primaire des gens jeunes ne comporte pas des caractères absolument spécifiques. Ce qui la signale en dehors de sa survenue à un âge peu avancé, c'est l'absence habituelle de commémoratifs, c'est son début inopiné en dehors de causes physiques notables, ou d'élément affectif important. Ce qui nous permettrait de lui constituer une individualité nosologique, ce serait la constatation de

lésions spécifiques, la démonstration d'un mécanisme pathogénique net. Malheureusement, nous ne possédons pas un nombre suffisant d'observations anatomo-cliniques, ou biocliniques, bien prises pour étayer une opinion. Il semble seulement qu'à l'origine de cette démence précoce, qui revêt souvent le type confusionnel (Régis), on trouve fréquemment un état d'épuisement nerveux, expression d'une usure fonctionnelle ou d'un état abio-trophique, que des infections diverses peuvent être mises en cause : certains auteurs font jouer là un rôle particulier à la syphilis héréditaire surtout, ainsi qu'à la tuberculose, à l'infection puerpérale et à l'encéphalite épidémique. L'existence de signes physiques indiqués par Kræpelin, par Sérieux et Masselon, laissait supposer que des lésions, variables suivant les cas, pouvaient se rencontrer dans cette maladie. Celles-ci existent bien réellement et nous en avons donné un résumé succinct d'après les auteurs. Nous pensons, d'après notre expérience personnelle, qu'il faut attacher une grande importance à la précocité et à la dissémination de ces lésions dans la démence précoce, lésions avant tout cellulaires. Nous ne les avons pas retrouvées dans les cas que nous considérons comme relevant du domaine de la schizophrénie et qui étaient de date récente. Dans cette affection, si elles existent, elles peuvent être tardives, et résultent soit d'infections surajoutées, soit d'un processus d'involution en rapport avec la longue durée des conditions de vie anormale. Si l'on voulait bien accepter notre conception et comparer au point de vue anatomique et au point de vue bio-clinique des observations bien prises, concernant des malades suivis longtemps, on trouverait des lésions différentes suivant qu'on a affaire à des cas de l'une ou de l'autre maladie. Si l'incertitude règne encore sur le caractère des lésions cérébrales de la D. P., nos connaissances sont aussi bien rudimentaires relativement à l'importance des troubles endocriniens et des troubles sympathiques. Quant à la physiologie pathologique des symptômes, il semble que nous ayons des indications intéressantes tirées de nos connaissances de la séméiologie mésencéphalique. Le syndrome catatonique notamment paraît en rapport avec une perturbation des relations de la sphère cortico-motrice avec les centres extra-pyramidaux, soit par le barrage des voies afférentes, soit par des effets inhibitoires qui privent le système cortico-pyramidal des incitations volitionnelles propres à le mettre en action, d'où l'inertie.

En somme, nous pensons qu'il y a une maladie qui survient chez les sujets jeunes, indépendamment de toute notion de constitution psychopathique avérée, de tout élément affectif reconnu, d'une hérédité similaire constante, et se développe comme si elle était l'expression d'une infection ou d'une auto-intoxication sur un terrain prédisposé par une certaine débilité du système nerveux. Elle se caractérise assez vite, quelles que soient les formes cliniques revêtues, par une insuffisance globale progressive des facultés intellectuelles, avec prédominance sur certaines d'entre elles. C'est l'idiotie acquise d'Esquirol. Ce tableau qui est réalisé, il est vrai, beaucoup plus rarement que la forme schizophrénique, donne l'*impression*, à l'observateur, de se trouver en présence d'une maladie organique, dont la spécificité ne peut toutefois pas être affirmée par un groupement symptomatique en rapport avec des lésions à caractère bien tranché, par des réactions humorales distinctes et un agent pathogène reconnu, faisceau de faits d'ordre clinique, biologique, anatomique, donnant une autonomie indiscutable à cette maladie.

Il nous faut indiquer maintenant comment on est arrivé à la notion de schizophrénie.

Dans l'ensemble des manifestations qui se rapportaient à la description kræpelinienne, bien des observateurs remarquaient que des différences considérables existaient dans le tableau clinique, si, en dehors des caractères banaux des diverses formes (excitation ou dépression, hallucinations, délire, catatonie, etc.), on tenait compte de la valeur du fond mental et des troubles du mécanisme intellectuel.

En 1910, avec Lévy-Valensi, nous avons insisté sur la « dissociation dans les processus morbides », chez certains déments précoces, se traduisant par une « activité psychologique *parcellaire* pour ainsi dire, aboutissant à des manifestations qui *contrastent* réellement avec l'expression générale ordinaire du psychisme de l'individu ». Il y avait là en germe les notions de dissociation et de discordance qui furent développées en 1911 par Bleuler et 1912 par Chaslin. Il convient d'ailleurs de rappeler qu'Ervin Stransky avait déjà parlé d'ataxie intrapsychique et Urstein de dysharmonie intrapsychique, et vers la même époque Séglas signalait des faits de paradémence, tandis qu'Anglade acceptait l'idée de phénomènes de dissociation.

Chaslin qualifie indifféremment de démence précoce ou de

folie discordante, des cas dans lesquels la démence n'était pas encore réalisée, et dont le caractère essentiel était la dysharmonie des fonctions psychiques et le contraste entre la conservation relative du fond mental et des manifestations extérieures simulant la démence mais répondant sans doute à des conflits affectifs (délire incohérent à froid, indifférence, actes bizarres, inactivité intellectuelle, occupations d'ordre inférieur, mimique et comportement inadaptés, etc.). Les observations de Chaslin avaient donc trait plutôt aux cas auxquels nous réservons le nom de schizophrénie, et pourtant il semble bien que la notion des deux formes d'insuffisance psychique ne lui ait pas échappé quand il écrit : « On peut, pour revenir au syndrome démence, le voir réellement apparaître très tôt et très accentué chez les jeunes gens : Morel avait déjà signalé ces cas et on pourrait leur réserver le nom de démence précoce qu'ils méritent » ; et plus loin, il propose de réunir sous le nom de démence précoce véritable de Morel, et l'hébéphrénie et tous les types qui aboutissent à la démence dans la jeunesse.

Avec M. Bleuler, la notion de dissociation prend une importance de plus en plus grande. La schizophrénie dont le domaine est étendu non plus à une maladie, mais à un ensemble de manifestations psychopathiques réunies par le même processus psychopathologique, où domine le trouble des associations, n'est plus une démence : « Dans une schizophrénie même avancée, toutes les fonctions élémentaires sont en puissance entièrement intactes. »

On voit donc qu'il existe là une distinction radicale avec le type de la démence précoce dont nous parlions plus haut. Que ce type existe et soit même très fréquent, nous en sommes persuadés, mais nous estimons d'une part qu'il n'y a pas lieu de faire rentrer tous les cas d'insuffisances primaires dans la schizophrénie, et que d'autre part dans celle-ci il y a lieu de distinguer des aspects cliniques et des degrés dont l'intérêt pratique n'est pas négligeable. Aussi, ai-je cru bon plutôt que d'englober toutes les variétés d'états psychopathiques relevant de la dissociation des fonctions intellectuelles sous le nom de schizophrénie, de les réunir sous le terme générique de schizoses, emprunté à la littérature allemande, afin de mieux caractériser les divers types d'états schizoïdes, de schizomanies, de schizophrénies, que je crois utile de distinguer pour la clarté de la classification nosologique.

Les schizoses. — Je ne reviendrai pas sur les caractères du processus schizophrénique, je voudrais seulement insister sur ce fait que le terme de schizophrénie me paraît trop compréhensif quand on l'applique aussi bien à des modifications légères de l'activité psychique qu'à des états d'aliénation mentale. C'est pourquoi je me suis attaché à rechercher s'il existe une sorte de filiation de ces manifestations qui vont depuis certaines ébauches de la dissociation de la personnalité jusqu'à la véritable démence schizophrénique, et surtout si le processus psychologique présente une continuité dans son développement progressif.

L'autisme, indiqué par Bleuler, n'est une manifestation pathologique que lorsqu'il accapare et déforme les forces intellectuelles et modifie la vie de relation. Le reploiement sur soi-même n'est nuisible que lorsqu'il détache de plus en plus l'individu de la réalité et aboutit à une prédominance constante de la vie intérieure. Il y a une série de conditions psychologiques ou psychopathologiques dans lesquelles ce « syndrome d'intériorisation » se manifeste en dehors de la schizophrénie proprement dite.

P. Janet, dès 1908, dans sa description de la psychasthénie, a montré les modifications qui peuvent se produire dans la fonction du réel, « la plus élevée des fonctions mentales ». La synthèse et la richesse mentales conditionnent cette fonction du réel, qui, suivant qu'elle s'associe aux autres ou s'en détache, les élève ou les abaisse dans la hiérarchie. Cette doctrine, bien connue, de Janet devait être rappelée parce qu'elle est trop laissée dans l'ombre lorsqu'on étudie les phénomènes avant-coureurs de la schizophrénie ou mieux les symptômes plus ou moins frustes de la maladie. Hesnard a fait justement remarquer qu'un grand nombre de symptômes décrits sous le nom de psychasthénie ne sont souvent que des manifestations primitives de la schizophrénie ou simplement de l'état schizoïde qui ne progressera pas. Le caractère important, à mon avis, qui distingue les deux maladies, c'est la conservation ou l'exagération de l'auto-critique chez le psychasthénique qui souffre de son état, en reconnaît le caractère pathologique et qui, dans la dissociation de sa personnalité, se montre à la fois auteur et spectateur. Le schizophrène, au début, ou le schizoïde est un automate sous l'impulsion des forces de sa vie intérieure, il reste indifférent aux conséquences de son activité morbide, qu'il ne juge pas contraires à ce qui doit être : *le pre-*

mier a perdu la fonction du réel, l'autre a perdu la notion du réel. Il convient donc de retenir qu'il existe des manifestations psychasthéniques qui procèdent dans une certaine mesure du mécanisme schizophrénique et que des schizophrènes peuvent entrer dans la maladie avec des symptômes d'allure psychasthénique.

Si ces manifestations psychasthéniques peuvent en imposer pour un état schizophrénique, il n'est pas rare d'observer également chez des malades une symptomatologie d'allure hystérique ou même un véritable syndrome hystérique. Les relations qui existent entre l'hystérie et la schizophrénie nous ont paru s'expliquer par ce fait que nous avons considéré depuis longtemps l'hystérie comme une psychonévrose, « expression d'un état constitutionnel qui donne au sujet la capacité de dissocier, d'isoler certaines activités fonctionnelles, certaines perceptions ou certaines représentations et de les fixer de telle sorte qu'elles demeurent oubliées, en dehors de la conscience, sans que ce trouble fonctionnel réclame aucune intervention de la part du sujet ». On ne peut qu'être frappé de l'analogie que de tels troubles présentent avec certaines des habitudes mentales des schizoïdes : ces habitudes mentales, ces évasions hors de la réalité s'effectuent sans efforts, elles ne réclament pas de la part du sujet une activité et une attention persistantes et s'accommodent des exigences de la vie normale. Le schizoïde promène son monde imaginaire, comme l'hystérique promène sa contracture. Toutefois, une distinction s'impose entre ces deux types morbides. Dans l'hystérie, le trouble fonctionnel quel qu'il soit, moteur, sensitif ou mental, n'est que temporaire. La dissociation ne s'effectue que pour un temps, à l'occasion d'une circonstance comportant un élément d'émotivité. Dans la schizoïdie, la dissociation est une manière d'être, un mode de l'activité psychique. La constitution hystérique est caractérisée par l'aptitude *occasionnelle* à la dissociation et à la fixation d'une activité fonctionnelle troublée. Dans la schizoïdie et les formes qui en dérivent la tendance à la dissociation habituelle de la personnalité représente le fond même de la constitution psychologique du sujet. Les manifestations qui en sont l'expression ne peuvent être modifiées par suggestion, en raison du caractère préalablement organisé des conceptions imaginatives ou des complexes affectifs du sujet : encore moins peut-on espérer réduire par persuasion les troubles ayant cette origine quand ils sont en pleine activité. Il existe

donc certaines analogies entre le processus psychologique qui préside aux manifestations hystériques, et celui qui conditionne les états schizoïdes. C'est ce qui explique que, soit dans la période de début de la schizophrénie, soit dans le cours de cette maladie, on retrouve chez ces malades des manifestations de caractère hystérique combinées aux autres symptômes.

Si la période préschizophrénique peut être signalée par une symptomatologie qui revêt les caractères de la psychasthénie ou de l'hystérie, il est souvent malaisé de dire pendant assez longtemps à quelle affection on a affaire. Mais en dehors de la psychasthénie et de l'hystérie, il existe des états névrotiques qui tantôt sont les avant-coureurs de la schizophrénie, tantôt restent fixés dans leur individualité nosologique, états que l'on a surtout étudiés depuis le travail de Kretschmer (1921). Je ne rappellerai pas ici les idées de cet auteur qui, comme on le sait, a cherché surtout à établir un rapport entre certains caractères morphologiques et la constitution psychique. Pour lui, le tempérament schizoïde se trouve entre les pôles irritable et inerte, de même que les cycloïdes sont entre les pôles gai et triste. Les schizoïdes sont à la fois susceptibles ou froids. « Il y a une proportion psychesthésique entre les éléments hyperesthésie et anesthésie. L'autisme envisagé comme symptôme du tempérament schizoïde se nuance essentiellement suivant l'échelle psychesthésique de chaque schizoïde. »

Cette conception a été critiquée, les uns ont dit qu'elle était trop extensive, que la schizoïdie était la désignation de tout caractère anormal (Ewald). Les autres ont fait valoir même « qu'aucun homme ne pourrait être dit non schizophrène » (Rudin).

Bien plus, certains auteurs admettent que les phénomènes préschizophréniques sont tout à fait opposés à ceux de la schizoïdie. Berze, notamment, déclare que la période préschizophrénique est signalée par « l'hyperirritabilité aperceptive » apparentée au syndrome maniaque. Cette remarque de Berze est intéressante parce qu'elle permettrait de séparer les psychopathes qui n'ont que les apparences de la schizophrénie, les schizophrènes déguisés de Bumke, des individus qui présentent les signes avant-coureurs de la schizophrénie.

Ainsi les symptômes qui constituent l'état schizoïde sont diversement décrits par les auteurs et les rapports avec la schizophrénie sont encore mal définis. Nous avons montré, dans un travail avec Laforgue, comment pouvait se former, à

la suite de conflits d'éléments sexuels, une *bipolarité* du caractère dont les énergies affectives par cette sorte d'auto-saturation perdent de leur élan vers l'entourage. J'ai indiqué, pour limiter la notion trop exclusive de la schizoïdie, à quels caractères il convenait, à mon avis, de reconnaître l'état schizoïde : ce sont des gens qui, de leur vie, peuvent faire deux parts, l'une consacrée à une activité sociale, professionnelle, d'apparence normale, l'autre plus conforme aux tendances de leur moi se limite à une activité spéculative, en général mal ordonnée, non productive dans le plan des réalités, activité de luxe qui leur donne des satisfactions supérieures à celles qui résultent de l'autre forme, activité qui procède le plus souvent de certains appétits intellectuels ou d'une sorte de mystique particulière.

Aussi nous a-t-il paru abusif de qualifier de schizophrènes cette catégorie d'individus qui ne s'apparente que de fort loin aux schizophrènes vrais présentant les diverses manifestations des syndromes kræpeliniens. Ces individus peuvent rester indéfiniment à ce stade de schizoïdie avec prévalence du caractère bipolaire, avec des troubles variables de l'affectivité, parfaitement capables de vibrer à l'ambiance à l'occasion, de même qu'ils peuvent manifester en raison des satisfactions que leur procure leur vie intérieure, certaines idées de grandeur, de revendication, et que, chez d'autres, apparaîtront aussi des variations d'activité de l'ordre des états cyclothymiques. Mais le clinicien doit savoir faire à ces caractères de second plan la place qui leur convient.

Enfin nous restons convaincu que cet état préalable schizoïde est en général à la base de la désagrégation schizophrénique et que l'un des caractères spécifiques de celle-ci prend ses raisons dans la bipolarité, ce en quoi elle se distingue de la démence précoce, telle que nous l'avons décrite. A un stade de plus, surtout chez les individus qui ont un passé héréditaire similaire, se constitue, tantôt à la suite d'un état toxi-infectieux, tantôt sans motif appréciable par l'anamnèse, un trouble psychopathique plus grave parce qu'alors le malade se montre, d'une façon continue ou par périodes, complètement désadapté à l'ambiance. Sous l'étiquette de *schizomanie* donnée à ces états nous avons voulu caractériser la tendance habituelle de ces individus à conformer leur comportement à leur désagrégation. Chez eux la réduction des conceptions autistiques n'est plus possible, ils doivent suivre les incitations de

leur personnalité véritable, de leur première nature. Les explosions de celle-ci, même quand elles revêtent un caractère dangereux, antisocial, ils y assistent comme s'il s'agissait d'un élément conforme à la loi normale ; toutes ces manifestations qui se déroulent sur le plan de leur autisme, ne peuvent être transportées sur le plan de la vie réelle, et soumises au contrôle d'une conscience radicalement faussée. La réalité est de plus en plus négligée. Ces malades ont une activité pragmatique très réduite, bien qu'ils soient parfaitement en état, si leurs résistances sont vaincues, de se mettre temporairement à l'unisson et de faire preuve de capacités intellectuelles normales ou à peu près normales. De même, leur inaffectivité, leur inertie n'est souvent qu'apparente parce qu'ils donnent toute leur attention à ce qui se passe en eux et négligent ce qui existe autour d'eux. L'interrogatoire, parfois difficile en raison du manque d'attention que montrent les sujets ou de leur reploiement sur eux-mêmes, donne des réponses correctes, adéquates, topiques sur les faits d'ordre banal, tandis que dans l'ordre des faits qui répondent à certaines conceptions d'un symbolisme délirant ou à des notions scientifiques ou métaphysiques aventureuses, les réponses ont un caractère inadapté, illogique, incohérent ou pseudo-incohérent. Ces individus, plus ou moins isolés du monde extérieur et « intériorisés » se présentent sous les types les plus divers, c'est ainsi que nous avons décrit des cas de rêverie morbide, de symbolisme désadapté, de bouderies (Borel), de haines familiales qui procèdent du mécanisme que nous venons d'indiquer.

La schizomanie se traduit donc par la tendance invétérée quasi-impulsive, obéissant à une force irrésistible, de certains sujets à dissocier leur personnalité, suivant un type conforme à certains complexes affectifs, c'est la propension habituelle des sujets à se renfermer dans leur autisme quand ils ne peuvent s'adapter à la situation, à la réalité. Elle peut d'ailleurs s'extérioriser par bouffées, plus ou moins durables, analogues aux accès maniaques, mais s'en distinguant radicalement par le comportement habituel du sujet et les caractères du trouble mental : *schizomanie périodique.*

La schizomanie est donc un état morbide, plus avancé que la schizoïdie, laquelle ne constitue qu'une disposition, dont les manifestations peuvent être réfrénées, contenues ; la schizomanie se déroule en dehors du contrôle de la volonté, en obéissant à cette règle que la désagrégation de la personnalité est

fonction de la prévalence d'une aberration de l'affectivité, reléguant le moi intellectuel et social à l'arrière-plan.

Il nous a semblé qu'il était intéressant d'individualiser ces états et de les distinguer de la schizophrénie, bien que leur description ait été ébauchée par Bleuler sous le nom de schizophrénie simple, latente, en raison de la diversité des tableaux que peuvent présenter les malades rentrant dans ce groupe, ainsi que nous l'avons longuement exposé dans nos travaux et en raison de la différence qui existe dans le pronostic et le traitement de ces psychopathies et de la schizophrénie proprement dite. Il s'agit là de faits qui ont été indiqués également par Rudin, par Ewald, par Bumke, par Berze, et qui ont leur intérêt, car les sujets rentrant dans ce groupe sont à la limite de l'aliénation mentale et, suivant les circonstances, relèvent d'une thérapeutique plus ou moins sévère, d'autant plus qu'ils sont susceptibles de guérir ou du moins de présenter des rémissions de longue durée dans leur symptomatologie extérieure. On voit donc que la distinction que nous avons établie au point de vue nosographique n'a pas échappé à d'autres auteurs. La dénomination de schizomanie répond bien à un état psychopathique particulier qu'il y a intérêt à distinguer de la schizophrénie.

Certains penseront d'autre part que ces schizoïdes ne sont pas très éloignés des dégénérés déséquilibrés de Magnan. Le déséquilibre mental n'est pas un mythe, mais les sujets qui en sont atteints se distinguent très nettement des schizoïdes parce qu'ils sont la proie des événements au lieu de se fortifier dans l'autisme. Les déséquilibrés, par leur besoin de satisfactions extérieures, par le caractère polymorphe, variable, épisodique de leurs idées délirantes, par leur comportement inspiré d'une charge affective générale plus ou moins bien coordonnée mais toujours intense, doivent constituer une catégorie à part de psychopathes.

La clinique présente d'ailleurs une infinie variété de types intermédiaires allant de la schizoïdie à la schizophrénie considérée comme l'expression d'une dislocation profonde, irrémédiable des processus psychologiques. Nous ne prétendons pas dire que tous les schizoïdes soient voués à évoluer vers la schizomanie ou la schizophrénie, ni que tous les schizophrènes se soient distingués antérieurement par des tendances schizoïdes avérées. Néanmoins contrairement à ce qui s'observe dans la démence organique du type Morel, il semble que l'un des

caractères importants de la schizophrénie doive être cherché dans un état schizoïde antérieur plus ou moins accusé.

Le passage de la schizoïdie à la schizophrénie vraie, avec ou sans période intermédiaire de schizomanie, est réalisé quand l'activité mentale du sujet ayant complètement refoulé les tendances les plus élémentaires hors du cadre de la personnalité consciente, ces tendances, laissées à l'état archaïque, sans contrôle de la volonté consciente, se réalisent et agissent sur le sujet, comme le rêve, pendant le sommeil. L'être psychique est bouleversé, la dissociation intellectuelle, qui apparaissait dans la mise en œuvre des fonctions synthétiques, atteint ici à une véritable dislocation des fonctions psychiques. Non seulement l'individu a perdu complètement contact avec la réalité, mais il semble avoir perdu l'intérêt de sa propre existence. Si dans la schizoïdie et la schizomanie, le sens de la réalité ne manque pas tout entier et fait défaut surtout pour les choses en contradiction avec le complexe, dans la schizophrénie il a subi une dégradation qui peut n'être que temporaire mais qui s'affirme souvent complète. C'est alors que le malade néglige les soins les plus élémentaires de sa personne jusqu'à refuser toute nourriture et à présenter du gâtisme. Il passe ses journées au lit, paraît désorienté, revêtant souvent un type de pseudo-confusion mentale. Alors se trouve réalisée au complet la symptomatologie décrite par Bleuler, pouvant être compliquée par l'appoint d'éléments étrangers, accessoires et revêtant la forme des syndromes kræpeliniens (hébéphrénie, catatonie, etc.).

En quoi ce schizophrène diffère-t-il du dément précoce dont nous avons signalé le type plus haut ? Dans l'apparente incohérence des propos il est possible de trouver le fil conducteur d'un thème unique relié à un complexe affectif que révèlent l'anamnèse, certains procédés d'exploration (éthérisation, psychanalyse). Il nous a été possible de cette façon de démontrer dans certains cas qu'il n'existait pas de démence vraie, globale, et que les fonctions intellectuelles en partie disloquées étaient capables néanmoins de contribuer à une synthèse mentale, de même il nous a été donné aussi de voir s'atténuer la dissociation bipolaire du caractère.

Il ne conviendrait pas toutefois de penser que cette dissociation ne va pas sans un affaiblissement des facultés intellectuelles lorsque la maladie a une longue durée et surtout lorsqu'on a laissé les sujets perdus dans leur autisme sans chercher à les rattacher de plus en plus au monde extérieur.

A cette question de la schizophrénie se rattacherait l'étude des psychoses paranoïdes que je distingue des psychoses, expression d'une paranoïa constitutionnelle, mais je n'ai dû qu'indiquer les traits principaux de cette variété de psychoses schizophréniques dont j'ai fait une étude l'an dernier.

Je n'ai relaté qu'en passant les conditions de développement de la schizophrénie. La question de l'hérédité de la schizophrénie et de ses rapports avec les théories mendéliennes a déjà été traitée au congrès des aliénistes suisses de juin 1925, et elle reste encore assez obscure. A côté du facteur héréditaire qui joue ici un rôle plus important que dans la D. P., il n'est pas douteux que la vulnérabilité des sujets est préparée par des troubles endocriniens, des troubles du métabolisme en général, le surmenage intellectuel, mais, dans la schizophrénie, si la tendance à la dissociation, si la vulnérabilité de l'affectivité est préparée par l'état constitutionnel, héréditaire, à tendances schizoïdes, il apparaît nettement que la maladie éclate surtout à la faveur des traumas provoqués par le déchaînement des instincts, des désirs, des « ergies » suivant l'expression de Bleuler.

En ce qui concerne enfin l'anatomie pathologique et la physiologie pathologique de la schizophrénie, je crois que nos acquisitions sont encore insuffisantes pour avoir une opinion. Je pense que si l'on accepte, d'une façon provisoire, du moins la division que je propose, on pourra recueillir des observations cliniques et anatomiques qui auront une valeur plus grande que celles que nous possédons jusqu'à présent. Les deux cas que j'ai étudiés et que je considère comme des états schizophréniques ne présentaient pas de lésions cérébrales appréciables, contrairement aux deux cas de démence hébéphrénique vrais que j'ai examinés. S'il n'existe pas dans la schizophrénie un substratum anatomique comme dans la D. P., il est vraisemblable qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel, variable suivant les cas, soit de la corticalité cérébrale, soit des connexions cortico-striées, soit de la région mésencéphalique. Ce trouble fonctionnel, comme celui de toutes les psychoses sans lésions connues à la base, est aussi du type dissociatif ; il y aurait un défaut de synergie entre le dynamisme des diverses régions de l'encéphale, conditionné par une sorte d'engourdissement ; état qui n'est pas forcément définitif des centres nerveux, présidant aux fonctions intellectuelles. Mais il est possible qu'à la longue, le trouble fonctionnel s'accompagne

de lésions anatomiques par abolition des fonctions, involution, ou infections surajoutées.

En terminant, je crois devoir faire remarquer que la conception dualiste que j'ai défendue apparaît dans les travaux d'un certain nombre d'auteurs modernes, mais ceux-ci embarrassés par l'interprétation de faits qui leur montrent tantôt des états démentiels, tantôt des états hypophréniques suivant l'expression de Berze, sont restés dans une imprécision assez obscure. Si l'on admet la dualité que nous nous sommes efforcés d'indiquer entre la démence précoce et la schizophrénie, les faits perdent leur caractère d'ambiguïté et les recherches partent d'une base plus stable, même si elle est hypothétique, même si l'on ne considère ces deux formes de psychose que comme des variétés de la démence primaire des sujets jeunes. La science ne suppose-t-elle pas démontrés certains éléments du problème pour pousser plus loin ses inductions ?

Discussion

M. Minkowski (de Paris). — La schizophrénie, contrairement à son nom, est appelée aujourd'hui à faire parmi nous, œuvre d'union pacifique et syntone. Elle ne nous en devient que plus chère. Union en science cependant ne peut vouloir dire autre chose que rechercher un terrain pour une discussion objective et féconde. C'est le but de mon intervention.

Pour caractériser la démence, telle qu'elle se trouve réalisée dans les démences organiques, j'avais mis au premier plan, après Chaslin et bien d'autres, les troubles du jugement et de la mémoire. M. Claude trouve que cette définition n'est pas toujours entièrement superposable aux faits qu'elle vise. Ceci est en partie exact, mais tient surtout à la circonstance que les notions de la psychologie traditionnelle, même quand il s'agit de notions aussi banales que celle de la mémoire, se montrent rapidement insuffisantes quand il s'agit d'interpréter des faits psychopathologiques. Placés devant l'alternative : ou remanier ces notions ou, en raison de la difficulté de cette tâche, réunir à nouveau sous le nom de démence tous les états de déchéance mentale, nous ne saurions hésiter. Nous ne voudrions reperdre la moindre parcelle du terrain, arraché de haute lutte par nos prédécesseurs à la notion de démence, notion qui pendant de si longues années entretenait une atmosphère irrespirable en psychiatrie.

L'évolution de la démence précoce elle-même est très instructive à ce point de vue. Chez Kræpelin déjà ni la précocité du début, ni l'évolution démentielle ne sont des caractères essentiels de l'entité décrite par lui sous le nom de démence précoce. Il existe ainsi un abîme entre la démence précoce de Morel et celle de Kræpelin. L'entité nosographique de ce dernier repose sur des bases toutes différentes. Parmi celles-ci, la spécificité des états terminaux, entièrement différents de la vraie démence, occupe une place très importante. Bleuler, lui, non seulement nous a appris, sous l'influence de la psychoanalyse, à comprendre (1) le contenu des symptômes schizophréniques, mais en plus il a remplacé la méthode « d'échantillonnage » clinique qui, comme le disent si justement Binet

(1) Cette compréhension n'a rien de commun avec le sentiment de sympathie, comme l'a si bien montré L. Binswanger, dans ses recherches sur notre attitude, en tant que psychiatres, à l'égard des schizophrènes.

et Simon, caractérisait l'œuvre de Kræpelin, par la tentative de dégager les quelques troubles essentiels et élémentaires, caractéristiques de tout processus schizophrénique. C'est ce côté de l'œuvre de Bleuler qui me paraît aujourd'hui de beaucoup le plus important. C'est par ce côté aussi que cette œuvre se rapproche de la psychiatrie française qui s'est toujours attachée à l'étude des troubles générateurs des psychoses, comme le font également de nos jours, dans divers domaines de notre science, des psychiatres tels que de Clérambault, Mignard, Claude, Hesnard, Guiraud et d'autres.

La définition de la démence en tant qu'affaiblissement *global* des facultés intellectuelles ne peut dès lors nous suffire. Cette définition ne tient compte ni des différences qui existent dans les états terminaux, ni des voies d'accès qui y ont mené. Nous ne nous contentons pas d'inspecter un cadavre pour poser un diagnostic, mais avons recours à l'autopsie et aux antécédents cliniques. Il devrait en être de même en psychiatrie. Nous ne dirons jamais d'un dément précoce, plongé depuis de longues années dans un mutisme absolu, qu'il a perdu l'usage de la parole. C'est qu'il ne se comporte nullement comme un muet. D'autre part, son mutisme cadre bien avec son attitude générale et n'en est qu'un des symptômes. Il en est au fond de même des facultés intellectuelles. C'est pourquoi, il nous paraît difficile de désigner les états terminaux de ces malades et ceux des déments organiques du même vocable de « démence ». Au contraire, tous nos efforts tendront à rechercher des moyens d'investigation, susceptibles de mettre encore plus nettement en évidence les différences qui existent entre eux. Ces moyens d'investigation s'orienteront vers l'étude de la conduite du sujet et surtout, des moyens de compensation qui entrent en jeu chez lui. Jamais, à ma connaissance, on n'a dit d'un dément précoce qu'il est incapable de retrouver sa chambre ou son lit ; tout au plus ne les cherche-t-il pas ; par contre, un tel trouble de la mémoire est banal chez les p. g. ou les déments séniles. En cas de défénestration, nous parlons d'impulsion chez le dément précoce ; chez un p. g. avancé, nous dirons que, désirant sortir, il n'a plus su distinguer l'usage d'une porte de celui d'une fenêtre. Nous ne trouvons pas non plus chez les déments précoces, de fabulations analogues à celles des déments séniles, ni les mécanismes de compensation que nous trouvons chez les p. g. Je ne puis insister ici davantage sur ce point. Je renvoie à mes

travaux antérieurs (1). Il est particulièrement important de rappeler que les caractères essentiels, mis ainsi en évidence chez les déments précoces, se retrouvent invariablement chez tous les autres schizophrènes. Cette similitude psychopathologique prouve à nouveau, conformément aux faits cliniques et généalogiques, l'unité de tout le groupe des schizophrénies. Il ne saurait s'agir, dans ce groupe, que de différences de degré et non de nature. Aussi avons-nous parlé pour tout ce groupe, inspiré par la notion de l'autisme de Bleuler, de perte de contact vital avec la réalité et de déficit pragmatique.

On ne saurait assimiler cette notion de perte de contact avec la réalité à la rêverie ou à l'intériorisation. Ces phénomènes sont trop complexes pour servir de fondement à une notion nosographique. En clinique, chez les schizophrènes, nous n'avons pas affaire à des gens qui s'intériorisent *volontairement*, mais à des *malades*, qui sont malades parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Certes, dans le cadre tracé par la maladie, ils s'ébattent, font appel à des phénomènes de la vie normale, croient et font croire aux autres qu'ils rétrécissent volontairement le cercle de leurs intérêts ; nous ne saurions cependant les suivre jusqu'au bout dans cette voie. Ayant des malades devant nous, nous devons préciser avant tout le trouble générateur d'ordre élémentaire qui conditionne leur état pathologique.

La notion de schizomanie n'a pas pu d'ailleurs ne pas s'engager dans la voie dont nous venons de parler. D'autres phénomènes (bouderie morbide de Borel) se montrèrent susceptibles de remplir dans la psycho-pathologie de ces malades le même rôle que la rêverie. Et, à la suite, le côté déficitaire reprenant de plus en plus ses droits, il fut question de schizomanie simple, caractérisée par une dissociation de l'activité intellectuelle et de l'activité pragmatique. La conception de M. Claude se rapprochait ainsi des idées que, à la suite de Bleuler, j'avais développées sur l'ensemble des troubles schizophréniques. La rêverie, aussi bien que la bouderie morbides, apparaissaient maintenant plutôt comme mécanismes de compensation et rentraient dans la catégorie des attitudes

---

(1) E. Minkowski et M. Tison. — « Considérations sur la psychologie comparée des schizophrènes et des paralytiques généraux ». Soc. de Psychiatrie, *Journal de Psychologie*, octobre 1924. — E. Minkowski. « La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie ». *Thèse* de Paris, 1926.

schizophréniques dont j'avais parlé il y a un an au Congrès de Paris.

La schizomanie n'est pour nous ainsi qu'une variété de la schizophrénie. Les faits d'ordre clinique et généalogique plaident dans le même sens. Chez les malades décrits sous le nom de schizomanes nous trouvons très souvent des symptômes de la série hébéphréno-catatonique, ce qui rend le diagnostic différentiel, à la période d'état, tout à fait illusoire, par rapport aux cas graves, aboutissant à des états de déchéance profonde. Le sort de ces malades est d'ailleurs variable ; loin de s'améliorer tous, certains d'entre eux évoluent vers la chronicité. Les recherches sur l'hérédité nous apportent également des arguments solides en faveur de la conception unitaire du groupe des schizophrénies. Enfin, la notion de schizophrénie, visant non pas un état, mais un processus, comporte tous les degrés, des plus légers jusqu'aux plus graves, de sorte qu'une désignation nouvelle pour un degré quelconque de schizophrénie ne paraît guère justifiée.

Pour ma part, je crois que la tâche qui nous incombe actuellement avant tout consiste à approfondir, dans les cadres déjà existants, nos connaissances sur les troubles générateurs des pychoses. La nécessité de subdivisions résultera spontanément de ce travail.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Après le remarquable rapport du Pr Claude, riche de faits et d'idées, j'ai peu de choses à ajouter. Je voudrais cependant profiter de la présence ici-même du Pr Bleuler pour lui exprimer mon admiration pour son œuvre. Son rapport si clair et si simple m'apparaît encore plus lumineux depuis que j'ai le plaisir de connaître et voir son auteur. C'est là un effet d'une loi générale : rien ne fait mieux comprendre les livres que la fréquentation de ceux qui les ont écrits.

Relativement à la démence précoce et la schizophrénie, je tiens d'abord à rappeler mes *recherches anatomo-pathologiques* poursuivies depuis 1904. Avec A. Vigouroux et Raoul Leroy, dans des cas longuement suivis, j'ai constaté, d'une part, en général l'absence de toute inflammation conjonctivo-vasculaire. J'ai, d'autre part, remarqué des raréfactions cellulaires et des atrophies indéniables, qui m'ont fait, depuis 20 ans, rapporter à une *encéphalopathie atrophique neuro-épithéliale* décrite par M. Klippel les formes simples et hébéphréniques de la démence

précoce. De plus, j'ai été avec Trétiakoff et Jorgoulesco frappé de l'intensité des lésions des noyaux centraux du cerveau avec dégénérescence spéciale et perte de substance dans des types catatoniques extrêmement prolongés de D. P. qui ont duré plus de 10 ans.

Certains des cas étudiés précédemment répondaient au type schizophrénique de Bleuler.

D'autre part, j'ai aussi trouvé des lésions dans des cas de D. P. au début, interrompus brusquement.

Dans un *cas aigu hébéphrénique* terminé par pneumonie intercurrente et observé avec Félix Rose, il existait déjà des lésions atrophiques dans les cellules polymorphes de l'écorce cérébrale avec prolifération des cellules satellites.

Chez plusieurs *hérédo-syphilitiques* pris d'abord pour des paralytiques généraux juvéniles et qui étaient des déments précoces syphilitiques, les mêmes lésions cellulaires dégénératives atrophiques avec prolifération des cellules satellites étaient très nettes, mais différaient complètement des lésions de la P. G. Comme M. Bleuler, je reconnais donc une base organique lésionnelle à la schizophrénie comme aux autres formes cliniques de la démence précoce.

Au point de vue de la *psycho-pathologie,* je ne saurais trop admirer la conception bleulérienne de la dissociation psychique, qui s'apparente aux troubles de l'*auto-conduction* de Toulouse et Mignard, à ce que j'ai appelé dans mes leçons de Ste-Anne de 1921 l'*évasion des automatismes*. Je tiens aussi à souligner avec quel esprit clinique M. Bleuler a adapté la doctrine freudienne à l'interprétation d'une partie de la superstructure psychogenétique des schizophrènes et comment sa conception de la désinsertion du réel se confond avec l'idée de mon maître Pierre Janet d'un trouble de la fonction du réel et avec l'idée de Bergson de la perte de contact avec la réalité. — Je viens d'employer l'adjectif *psychogenétique* pour qualifier ce qui a une origine psychique. Ce terme, que j'emploie depuis 10 ans, vaut beaucoup mieux que l'adjectif *psychogène* qu'on emploie souvent dans le même sens mais à tort, car étymologiquement il veut dire : qui engendre le psychisme, comme hydrogène veut dire qui engendre l'eau. — Quant au *caractère schizoïde* ou bipolaire, comme l'appelle H. Claude, j'en reconnais volontiers la légitimité parmi les caractères anormaux et, si j'admets que les réactions de ce caractère schizoïde puissent, en raison de leur diversité, nécessiter de

nombreuses appellations (schizothymes, schizopathes, schizomaniaques), en revanche je considère que, pour être schizophrène, il faut être un schizoïde atteint du processus évolutif organique lésionnel de l'encéphalopathie atrophique neuro-épithéliale.

A mon avis, c'est donc, parce qu'elle se développe et évolue sur un individu de caractère anormal spécial dit schizoïde, que l'affection cérébrale organique dite démence précoce ou encéphalopathie atrophique neuro-épithéliale se manifeste par une forme clinique spéciale dite schizophrénie. De même que la psychose hallucinatoire chronique, caractérisée par son automatisme mental, entraîne un délire de persécution d'autant plus précoce et intense qu'elle se développe sur un sujet à caractère paranoïaque plus marqué, de même la démence précoce apparaît d'autant plus schizophrénique qu'elle atteint un individu de caractère plus schizoïde.

Quant à l'*étiologie* de cette affection organique, elle est multiple. Quelquefois hérédo-syphilitique ou tuberculeuse comme dans des cas familiaux, d'autres fois post-infectieuse, comme après la fièvre typhoïde, d'autres fois encore endocrino-genétique par hérédo-dystrophie syphilitique probable, elle paraît dans certains cas dépendre simplement de la discordance d'union des facteurs héréditaires mendéliens.

M. Hesnard (de Toulon) rappelle qu'il a fait en 1913 le premier exposé des idées de M. Bleuler au Congrès des aliénistes du Puy, et s'applaudit de voir aujourd'hui discutée et admirée l'œuvre capitale du savant de Zurich.

Il pense que faire du *trouble des associations* le symptôme capital risque de rapprocher trop manifestement la schizophrénie d'une maladie cérébrale vulgaire et d'enlever à la psychothérapie ses espoirs légitimes. Comment d'ailleurs expliquer que *dans le même moment* un malade présente une réaction adaptée et une réaction morbide ? Il est impossible de le faire par l'hypothèse d'une moindre énergie associative.

D'un autre côté, M. *Bleuler* ne paraît pas donner à la psychologie affective la place qu'elle mérite dans son œuvre. C'est dans le trouble lui-même de l'Instinct qu'il faut rechercher le trouble primaire, et la psychanalyse aidera puissamment à cette recherche, à la condition toutefois que le rapporteur voie bien dans l'Instinct, un concept scientifique échappant au

vieux dualisme métaphysique : âme et corps, psychogène et organique.

Il adopte la distinction de M. *Claude,* nécessaire dans la pratique ; distinction qu'on peut vérifier chaque jour dans les services d'hôpitaux. Il insiste sur l'intérêt des formes de D. P. post-confusionnelles de Régis, dont il résume quelques cas, et sur le diagnostic différentiel, indispensable au pronostic, de la névrose et de la schizophrénie.

Loin de vouloir donner un semblant de vraisemblance à l'apparente divergence de vue des deux rapporteurs, il veut les rapprocher et voit dans leurs communes recherches le symbole de l'union scientifique internationale en psychiatrie, qu'il appelle de son côté depuis longtemps.

M. D. Anglade (de Bordeaux). — Je suis certain d'être l'interprète de mes collègues les médecins des Asiles d'aliénés de France qui m'ont souvent investi de leur confiance, en apportant au Professeur Bleuler l'hommage de notre respect et de notre admiration pour son œuvre psychiatrique en général et, en particulier, pour le très intéressant rapport sur la schizophrénie qu'il veut bien présenter aujourd'hui devant le XXX[e] Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Nous nous plaisons à reconnaître, dans ce rapport, le fruit d'un labeur puissant et le souffle d'une conviction fervente.

L'éminent rapporteur a, très courtoisement, fait appel aux psychiatres de France et compte sur eux pour que soit versée un peu de clarté française sur cette question de la schizophrénie jugée par lui-même obscure encore.

Je ne pense pas que ce soit la clarté qui manque le plus à la conception exposée par M. le Professeur Bleuler. J'oserais presque dire qu'elle m'inquiète par sa trop grande simplicité eu égard à la diversité et à la complexité des questions qu'elle vise à solutionner.

Le maître de Zurich a dessiné sur la carte psychiatrique un vaste territoire qui serait occupé par une sorte de « Confédération schizophrénique ». Ses frontières seraient à la vérité un peu indécises mais tout ce qui n'appartient pas à la Paralysie générale, à l'Epilepsie, à la Maniaque dépressive, dans ses formes les plus accusées, y serait contenu.

Cette conception procède d'une grande synthèse qui rap-

proche des syndromes apparemment assez éloignés les uns des autres, mais susceptibles de se rattacher par des caractères fondamentaux communs, d'ordre physique ou psychique.

Ce n'est pas la première fois que nous assistons à une opération de synthèse de cette envergure. Il y a environ trente ans, Kræpelin crut pouvoir enfermer dans un même cadre un grand nombre d'états décrits en France et ailleurs sous le nom de stupidité (Georget et Morel), d'idiotie aiguë (Esquirol), de confusion mentale (Delasiauve), d'hébéphrénie et catatonie (Kahlbaum et Hecker), de démence précoce (Morel et Christian), de Amenza confusionale e stupida (Morselli), de délire des dégénérés (Magnan, etc., etc.). Je ne pense pas que cette première tentative ait été très féconde en résultats pratiques. Son auteur lui-même n'y a pas persévéré. De sa propre initiative, Kræpelin a démembré deux de ses trois formes de démence précoce ; la catatonique est seule demeurée intacte. La paranoïde s'est réduite au profit des paraphrénies ; l'hébéphrénie a abandonné plusieurs de ses cas à la maniaque dépressive.

M. le professeur Bleuler n'ignorait point cette évolution des idées de Kræpelin lorsqu'il a repris sa conception première de la démence précoce. L'appellation seule lui a semblé défectueuse, d'où le nom de schizophrénie que j'approuve d'autant plus aisément que j'avais moi-même adopté celui de dissociation mentale.

La question qui se pose aujourd'hui à ce Congrès est de savoir si, vraiment, la synthèse de Kræpelin, acceptée et renforcée par Bleuler, est, ou non, légitime, si elle constitue un édifice bâti sur des bases solides.

Cet édifice, d'après l'éminent rapporteur, s'appuierait sur quatre piliers : respectivement d'ordre hérédo-biologique, étiologique, clinique, anatomique.

Sommes-nous bien sûrs que tous les schizophrènes offrent une hérédité semblable et des traits familiaux communs ? J'en connais chez lesquels l'anamnèse la plus pénétrante n'a rien révélé d'anormal. L'étiologie, nous la cherchons. Nos soupçons se portent sur la tuberculose, la syphilis, les intoxications, les perturbations ou les malformations endocriniennes, les virus filtrants analogues à celui de la rage et de l'encéphalite épidémique, mais on n'est pas en droit de conclure que la lumière est faite sur les causes de la schizophrénie.

Dans le pilier clinique résideraient les symptômes cardinaux de l'affection au nombre de trois :

C'est d'abord un trouble particulier de la pensée, caractérisé par le relâchement des associations habituelles (Lockerung).

Voilà bien un symptôme commun à la majorité sinon à la totalité des maladies mentales. Il s'observe dans la schizophrénie mais, à côté de perturbations plus profondes, d'un trouble plus général de la vie « psychique de l'individu, trouble que « nous n'avons pas réussi à préciser jusqu'alors ». C'est M. Bleuler lui-même qui le remarque (page 18). Ce trouble, accordons-nous le loisir de l'étudier. Je le compare, pour ma part, à ce qui se produit dans les unités d'une grande armée, lorsque leur liaison avec le commandement suprême vient à se rompre. Il y a alors flottement, inertie, ou initiatives incohérentes desquelles est exclue la notion du but à atteindre, de l'idéal à réaliser. Volontiers, je dis aussi que le psychisme du schizophrène authentique ressemble à un livre dans lequel toutes les pages seraient présentes mais déplacées, car je suis entièrement d'accord avec Bleuler lorsqu'il affirme que les matériaux de la pensée ne sont point détruits, avec, toutefois, cette réserve que, dans quelques cas, la schizophrénie se complique de démence organique appréciable cliniquement et vérifiable anatomiquement. Et c'est pourquoi, le terme de démence doit être, à mon avis, strictement réservé à la réduction définitive du psychisme, ainsi que des éléments nerveux qui l'entretiennent.

Non plus que le relâchement dans l'association des idées l'hypoaffectivité ne me semble pouvoir caractériser la schizophrénie. Les troubles de la sphère affective sont très divers. Je suis enclin à attacher une importance toute particulière à la perversion affective. Je redoute la dissociation, lorsque je vois les sentiments se dévier ou se retourner, mais le symptôme est loin d'avoir une valeur absolue ou « cardinale ». Je ne m'étendrai pas sur l'autisme. J'ai la conviction que l'on prête à beaucoup de schizophrénies un labeur psychique intérieur qu'un petit nombre d'entre eux accuse effectivement à un degré très net. En cette matière on a, je le crains, pris l'exception pour la règle.

J'arrive au pilier anatomique que j'ai gardé pour la fin de ces réflexions, bien qu'il occupe la première place dans l'exposé de M. le Professeur Bleuler.

Je le déclare nettement, j'ai été très bouleversé en lisant

dans le rapport du maître de Zürich que la schizophrénie est à ses yeux « *non seulement une entité clinique mais en même temps une entité anatomo-pathologique* ».

J'ai pratiqué un très grand nombre d'autopsies (environ 3.500). Mon attention s'est portée tout spécialement pendant une période de 35 ans, sur les cas étiquetés démence précoce, dissociation mentale, etc ; je les ai soumis à des examens histologiques très attentifs. J'en ai publié quelques-uns et j'en ai lu beaucoup d'autres. Ma conviction est que nous ne savons rien de précis sur l'anatomie pathologique des états schizophréniques, même les catatoniques qu'on a cru pouvoir récemment, bien à tort selon moi, rapprocher de ceux que réalise l'encéphalite épidémique. L'assimilation ne se justifie ni du point de vue clinique, ni du point de vue anatomique.

De ces réflexions, je tire la conclusion qu'il vaut mieux, dans l'intérêt de la psychiatrie, ne pas persévérer dans l'œuvre de synthèse à laquelle se sont appliqués avec talent Kræpelin et Bleuler. Leur effort n'aura pas été inutile puisqu'il a abouti à des mouvements d'idées, à la récolte de symptômes intéressants. Le maintien d'une conception synthétique aussi vaste que celle qui fait l'objet de cette discussion risquerait désormais de faire considérer comme résolus des problèmes qui se posent à nous avec la même acuité qu'il y a trente ans. J'ai le sentiment très net qu'il sera plus profitable de retourner à l'analyse. Au lieu de nous attarder sur quelques signes communs à plusieurs formes de maladies mentales, cherchons ceux, sans doute plus nombreux, qui les distinguent. Entre une catatonie psychique et motrice d'une part, et une paranoïa d'interprétation de l'autre, je veux voir autre chose qu'un fonds commun de relâchement associatif d'hypoaffectivité, d'ambivalence et d'autisme. L'un de ces syndromes nous livrera sans doute plutôt que l'autre ses secrets étiologiques et anatomo-pathologiques ; étudions-les séparément. Etudions aussi ces formes maniaco-dépressives frustes qui nous créent des embarras quotidiens de diagnostic et de pronostic. Je fais allusion à ces cas de tous les jours, à propos desquels on se demande s'il s'agit de manies ou de mélancolies atypiques mais tout de même symptomatiques de psychose intermittente ou à double forme, versant, après quelques rémissions dans la dissociation mentale ou bien, comme je le pense, de schizophrénie primitive à forme assez longtemps maniaque-dépressive.

Analyser encore au lieu de synthétiser, voilà selon moi la bonne règle de conduite. Pour la justifier, je ne saurais mieux faire que de rappeler cette réflexion de M. le Professeur Bleuler (page 12 du rapport) : « Je comprends, aisément, les hési-« tations des aliénistes français... Du point de vue psycholo-« gique, une catatonie aiguë, une manie hébéphrénique, un « délire d'interprétation, une démence chronique primitive « sont des états entièrement différents ».

M. P. Courbon (de Paris). — J'ai lu les deux rapports des Professeurs Bleuler et Claude avec toute l'attention que mérite l'œuvre de ces deux maîtres incontestés de la neuropsychiatrie. Et tout en professant de mon admiration pour le psychiatre de Zurich, je déclare que dans le désaccord qui le sépare de celui de Paris, c'est à l'avis de ce dernier que je me range entièrement. En limitant d'une façon précise, comme il le fait, le concept de la schizophrénie, M. Claude donne à ce concept de M. Bleuler une clarté telle que les aliénistes les plus misonéistes seront obligés à reconnaître la schizophrénie comme une entité clinique véritable.

Ma discussion ici portera sur deux points : D'abord quelles sont les raisons de la confusion actuelle des syndromes les plus divers réunis sous le nom de schizophrénie ? Ensuite quels sont les éléments du diagnostic différentiel de la schizophrénie avec les états qu'on lui rattache injustement ?

I. *Premier point.* — Le rattachement à la schizophrénie, des syndromes les plus divers est dû à l'imprécision des soi-disants symptômes cardinaux de l'affection.

1° Le premier signe cardinal est « le relâchement des associations d'idées ». On ne comprend pas immédiatement ce que cette dénomination signifie. D'après l'exemple de l'auteur, les associations d'idées seraient relâchées quand elles ne respectent pas les rapports d'espace et de temps. Répondre que l'Egypte est entre l'Assyrie et le Congo, c'est associer les idées de trois civilisations non contemporaines et de trois pays non contigus. C'est là, paraît-il, une réponse de schizophrénie.

Mais un tel relâchement des associations peut exister en dehors de toute maladie mentale : *a*) Il peut d'abord être le fruit de l'ignorance. L'homme du peuple sans instruction peut faire la même réponse. Et cela, sans qu'il y ait relâchement véritable des associations, si sa réponse n'est que le souvenir

exact de ce qu'il a vu en accompagnant un ami de la campagne, dans le musée de sa petite ville où la section de l'Assyrie voisine, comme il arrive souvent, avec celle de l'Egypte et du Congo. L'association de ses idées aura été en réalité très serrée, car si ces trois pays sont géographiquement et historiquement loin les uns des autres, ils sont rapprochés dans les salles du musée ;

b) Ce relâchement des associations d'idées, c'est-à-dire cette méconnaissance des rapports de l'espace et du temps peut être l'expression d'une humeur plaisante, comme c'est le cas dans la fameuse chanson des troupiers : « Où ce qu'est St-Nazaire? C'est pour sûr en Angleterre, en Chine ou au Congo, chez la Reine des Indigos. » On conçoit donc qu'un maniaque érotique, chez qui le mot Egypte éveille l'idée de Cléopâtre, associe au souvenir de cette Reine célèbre de l'antiquité celui d'une autre Reine célèbre de l'antiquité Sémiramis — il y a une chanson sur Sémiramis et Archimède —, et celui d'une Reine noire. Il répondra lui aussi comme le schizophrène cité plus haut.

Donc ce premier symptôme du relâchement des associations peut se rencontrer dans beaucoup d'états mentaux différents.

2° Le second signe cardinal est « l'irrégularité des réactions affectives ». Le schizophrène a, nous dit-on, un comportement affectif, tantôt adéquat, tantôt inadéquat aux circonstances.

Mais la régularité des réactions affectives est fonction de l'invariabilité de l'humeur. Et chez tous les sujets qui ont une humeur variable, les réactions affectives sont irrégulières : *a*) C'est d'abord le cas des cyclothymiques dont l'humeur change brusquement, sans cause extérieure ; les lunatiques sont soudain indifférents pour ce qui naguère les passionnait ; *b*) c'est aussi le cas de certains émotifs qui, sous l'influence d'une cause extérieure minime, cessent d'éprouver tout intérêt pour ce à quoi ils s'adonnaient jusque-là avec enthousiasme.

Donc ce deuxième signe de « l'irrégularité des réactions affectives », se rencontre lui aussi dans des états mentaux très divers.

3° Le troisième signe cardinal est « l'autisme ». C'est le meilleur. Il est même suffisant à mon avis, mais à la condition de le prendre dans un sens étroit, de ne l'appliquer qu'à cette partie de l'activité mentale qui se détourne des buts positifs

de la vie pratique. Sans cela il serait synonyme d'aliénation. L'autiste est le rêveur, l'imaginatif, le contemplatif, le dilettante, celui qui craint l'action et se complaît dans la caresse d'un idéal de plus ou moins bonne qualité, mais qu'il ne cherche pas à réaliser. L'autiste, c'est le schizophrène en puissance, c'est le schizoïde. Il se distingue du mystique justement par la négligence qu'il a de la réalisation de son rêve.

Comme conclusion du premier point de ma discussion, je dirai donc : L'autisme est le seul caractère appartenant exclusivement à la schizophrénie. C'est parce que les deux autres caractères du « relâchement des idées » et de « l'irrégularité des réactions affectives » se rencontrent dans plusieurs états mentaux différents, que l'on rattache à la schizophrénie des syndromes ne lui appartenant pas.

II. *Deuxième point.* — J'aborde maintenant le diagnostic des syndromes confondus à tort selon moi avec la schizophrénie. Il a été si bien fait par M. Claude que, sauf pour la psychose maniaque dépressive, je n'aurai presque rien à ajouter.

a) Le rêveur psychasthénique est non seulement un rêveur anxieux, comme le dit avec raison M. Claude, mais encore il est bien plus accessible que le schizophrène à la psychothérapie, précisément parce qu'on peut soulager l'anxiété que l'autre n'a pas. Une femme dont j'ai publié l'observation dans la *Revue Neurologique* en 1922, fut envoyée dans mon service comme schizophrène. Elle s'était séquestrée chez elle pendant 5 ans sans se déshabiller. Les ongles de ses gros orteils avaient 6 centimètres de long et recouvraient l'extrémité des autres orteils, leur pousse ayant été ainsi conduite par l'empeigne des chaussures jamais quittées. C'était une psychasthénique. Le soir même de son entrée, mise en confiance par moi, elle donnait avec un grand art des leçons de piano et de français aux infirmières et aux religieuses alsaciennes. — *b*) Les hystériques, très bien décrits par M. Claude, ont un aspect endormi que n'ont pas les schizophrènes et qu'exprime bien l'épithète de vigilambules que leur donnent Charcot et Sollier. — *c*) Les déséquilibrés présentent une instabilité, une vulnérabilité aux influences extérieures, comme l'a montré M. Claude, et des aptitudes à la vie pratique que n'ont pas les schizophrènes. — *d*) Quant au diagnostic entre la démence précoce et la schizophrénie, M. Claude l'a établi d'une façon parfaite. Il n'y a démence que là où il y a indifférence affective véritable et perte

du jugement puis de la mémoire. Chez le schizophrène, il y a une fausse indifférence et une intégrité relative du jugement et de la mémoire pour ce qui intéresse le malade. — *e*) Le seul regret que je me permettrai d'exprimer vise l'insuffisance du diagnostic avec la psychose maniaque dépressive. En effet, les variations de l'humeur spontanée (psychose maniaque dépressive vraie) ou provoquée (mélancolie affective) donnent naissance à des reploiements de l'individu sur lui-même, à un détachement de la réalité, dont le caractère transitoire prouve bien qu'il ne s'agit pas là de quelque chose de constitutionnel. Quand Christine de Pizan, épuisée de chagrin et de travail, s'enfermait dans un couvent en criant : « Rien ne m'est plus, plus ne m'est rien », et en ressortait dix ans après pour recommencer une vie laborieuse et mondaine, était-elle une schizophrène ? Et Des Grieux qui, excédé des perfidies de Manon, se cloître à St-Sulpice pour mettre Dieu lui-même entre le monde et lui, puis s'en échappe quelques mois après, ayant recouvré de si belles aptitudes à la vie réelle qu'il court les bals et fait sauter la coupe dans les tripots, a-t-il eu un accès de schizophrénie ? Non, tous ces retranchements passagers de la vie sociale, toutes ces meurtrissures cicatrisables de la lutte, tous ces désabusements temporaires, toutes ces haltes entre deux mêlées n'ont d'autres conditions qu'un épuisement, qu'une inhibition momentanés, ressortissant à la psychose maniaque dépressive.

Mais ce sont surtout les états mixtes de cette psychose, états constitués par un enchevêtrement de l'excitation et de la dépression, qui sont le plus souvent pris pour de la schizophrénie véritable. Cette conception des états mixtes est, à mon avis, l'une des plus belles parties de l'œuvre de Kræpelin, et les partisans de la schizophrénie la méconnaissent beaucoup trop.

Rendons à chacun ce qui lui revient. Laissons à la psychose maniaque dépressive les *syndromes transitoires formés exclusivement par des troubles en plus ou en moins des activités motrice, intellectuelle ou affective.* Donnons à la schizophrénie les états transitoires ou non qui sont greffés sur *un fond permanent d'insouciance à l'égard des contingences de la vie pratique et d'appétit pour la vie intérieure.*

En résumé, la schizophrénie avec ses différentes étapes : schizoïdie, schizomanie et schizophrénie proprement dite, ne me paraît pouvoir réclamer le droit à l'existence qu'en consentant à n'être qu'une forme de constitution mentale. C'est une

forme particulière de la dégénérescence que Morel et Magnan ne surent pas identifier. Et à tous les motifs qui existent déjà pour que le nom du Professeur Bleuler survive dans la mémoire des psychiatres s'ajoutera l'honneur d'avoir été le premier à la décrire.

M. Paul Sollier (de Paris). — Les deux intéressants rapports sur la schizophrénie se complètent admirablement: l'un, celui de M. Bleuler, est tout un exposé dogmatique ; l'autre, celui de M. Claude, est à la fois critique et clinique. Mon premier devoir est de les en remercier.

Il y aurait trop à dire sur la question si l'on voulait aller au fond des choses; je me bornerai à relever, aussi rapidement que possible, quelques points à propos de chacun d'eux. A tout seigneur, tout honneur ; je commencerai par celui du créateur de la schizophrénie en lui demandant quelques éclaircissements que je n'ai pas su trouver dans son rapport.

Tout d'abord, il est évident que son point de vue est tout différent de celui de la psychiatrie française. Celle-ci, depuis plus d'un siècle, est avant tout clinique, et s'est efforcée d'établir des types aussi précis et différenciés que possible dans le chaos des aspects si multiples de l'aliénation mentale : elle a fait œuvre d'analyse. Il me semble que la conception de la schizophrénie nous fasse assister à un travail inverse de synthèse et à un retour en arrière. Et je me demande si ce travail est nécessaire, s'il est utile, et s'il est, d'ailleurs, légitime et ne va pas à l'encontre du progrès en psychiatrie.

En effet, classer sous la même rubrique, rattacher à une même maladie un si grand nombre d'états qu'on se demande presque quels sont ceux qui restent en dehors de la schizophrénie, n'est-ce pas comme si on substituait au diagnostic d'asthme, de migraine, d'urticaire, d'épilepsie, etc., celui d'arthritisme, sous prétexte que tous ces états en sont des manifestations, peuvent se suppléer, s'associer et présenter quelques caractères communs ? Si, au point de vue de la pathogénie générale, cela peut avoir un intérêt, je doute qu'au point de vue clinique du diagnostic, du pronostic et du traitement, ce soit un progrès.

On a déjà parlé du démembrement de la schizophrénie. N'y aurait-il pas lieu de poser d'abord la question préalable sur l'opportunité et la légitimité de la schizophrénie elle-même ?

Ceci n'enlève d'ailleurs rien de la valeur de l'effort considérable de M. Bleuler, que mettent en évidence les controverses qu'il soulève et dont il ne peut sortir que du progrès dans nos connaissances, quelle qu'en soit l'issue.

Nous vivons encore en France sur l'aphorisme de Condillac que la science n'est qu'une langue bien faite. J'aurais donc aimé à trouver une *définition précise* de la schizophrénie, qui apparaît à la fois comme synonyme, tantôt de la démence précoce, tantôt de la Maladie mentale pure, de l'aliénation mentale type. Ces trois termes sont-ils équivalents ? Je désirerais bien avoir l'opinion de M. Bleuler à cet égard, et savoir également de lui quelles sont exactement les maladies mentales qu'on doit considérer comme absolument en dehors du cadre de la schizophrénie. Je lui demanderai si elle a des limites et s'il est des gens qui puissent y échapper, quand on la voit présenter tous les degrés, depuis le normal jusqu'au pathologique le plus accentué, et pouvoir même être affirmée en dehors de toute manifestation clinique. Une telle extension, qui ne va pas sans une imprécision extrême, n'est-elle pas un peu dangereuse et un peu suspecte ?

Je sais bien que M. Bleuler n'attache pas autant d'importance que nous à ce que les mots aient toujours et pour tous la même acception. Je ne puis partager cette indifférence, à l'égard du mot *démence* en particulier. Car rien n'est plus éloigné de la démence vraie, dans son acception littérale et originelle, que la démence schizophrénique, l'une étant l'expression de la déchéance globale et définitive des fonctions psychiques, alors que dans l'autre toutes les fonctions psychiques élémentaires restent intactes et que la curabilité existe. N'est-il pas dangereux d'employer le même terme pour deux choses aussi différentes dans leur nature, leur aspect et leur évolution ?

Je me permettrai encore de demander à M. Bleuler sur quoi il se base pour affirmer aussi catégoriquement qu'il le fait, la nature organique de la schizophrénie, et quelles sont les modifications anatomo-pathologiques *spécifiques* qui la distinguent. Il me semble que ces lésions sont fortement contestées par la plupart des auteurs, et que celles qu'on a signalées, non seulement ne sont ni très spécifiques, ni même très déterminées, mais encore se montrent surtout dans les cas de démence précoce type Morel, dont les rapports avec la schizophrénie sont précisément en discussion.

Un autre point sur lequel je ne suis pas arrivé non plus à me faire une opinion très claire, c'est celui de la *pathogénie*. La schizophrénie est-elle d'origine organique ou psychique ?

Si elle est d'origine organique, si c'est une entité anatomo-pathologique, comme on le dit, par quels signes organiques se manifeste-t-elle ? On ne les voit guère. Serait-ce, à leur défaut, par les symptômes cardinaux : l'autisme, les troubles affectifs, aussi variés qu'opposés, et la dislocation des associations ou l'ambivalence, c'est-à-dire par des symptômes essentiellement psychologiques ? En ce cas, sur quoi se fonde-t-on pour les rattacher à des lésions organiques, à moins que ces mots signifient autre chose que ce qu'ils veulent dire habituellement ?

Mais, à côté de la base organique — non démontrée — il y aurait une *superstructure psychologique* à laquelle se rattachent tous les troubles — et ils sont multiples — autres que les symptômes cardinaux. Mais alors, à quoi attribuer ces derniers, soi-disant absolument caractéristiques, pathognomoniques de la schizophrénie ? Encore une fois, sont-ils d'origine organique ou psychique, et s'ils ne le sont pas, qu'est-ce qui l'est ?

J'ai cru comprendre, d'autre part, que cette maladie incontestablement organique, a son point de départ dans des *complexes inconscients freudiens*. Mais ceux-ci ne sont-ils pas d'ordre essentiellement psychique ? Faut-il donc admettre que la schizophrénie est d'abord psychique et devient ensuite organique ? Elle ne serait donc pas primitivement organique, et l'on ne voit pas bien comment les symptômes cardinaux entraîneraient les modifications cérébrales organiques, lesquelles d'ailleurs laissent intactes les fonctions psychologiques élémentaires. J'avoue humblement m'y être un peu perdu, et je serais heureux d'éclairer ma lanterne.

Une dernière question. On parle de *traitement psychanalytique* de la schizophrénie. Je me demande comment on peut appliquer la psychanalyse à un schizophrène manifeste, déclaré, complètement en dehors de la réalité, — non pas, bien entendu, à un de ces préschizophrènes ou schizophrènes latents qu'il paraît quelquefois bien difficile de distinguer de ce qu'on appelle un homme normal —, comment on peut concilier les conditions d'attention, d'intérêt, de sincérité, d'abandon, de docilité, qu'on requiert des sujets soumis à la psychanalyse, avec l'inattention, le désintérêt, l'ironie, la dis-

cordance des schizophrènes ? Et peut-on citer des cas dans lesquels un schizophrène manifeste a été, sinon guéri — je n'en demande pas tant — mais amélioré par la révélation qu'on lui a faite de son complexe originel, si tant est qu'au milieu de ses discordances de langage et de pensée, par la psychanalyse ou par un autre moyen, on soit sûr d'avoir découvert ce véritable complexe initial et d'avoir bien interprété le symbole sous lequel il se déguise ?

Je crains fort pour ma part que l'introduction des conceptions fantaisistes et de la métaphysique freudiennes ne soit pas faite pour éclaircir la notion de schizophrénie.

Sur le rapport de M. Claude, je serai d'autant plus bref que je me rattache pleinement à ce qu'il dit de la démence précoce type Morel, le seul qui soit nettement établi cliniquement, et que M. Claude a admirablement dégagé et mis à sa vraie place en face du groupe qu'il désigne du mot bien peu euphonique de « *schizoses* ». Pour ma part, s'il m'est permis de présenter à mon tour une conception personnelle, je conçois ce groupe de la façon suivante, qui se rapproche absolument de celle de M. Claude. Qu'il y ait une constitution schizoïde, rien de plus évident. On la connaît depuis longtemps : c'est elle qui fait le fond du caractère des « *rêveurs* » dont l'autisme, le détachement de la réalité sont caractéristiques, et dont la discordance, la désadaptation sociale sont la conséquence directe. La tendance à la rêverie peut revêtir chez eux trois formes assez tranchées :

1° Les uns se laissent aller à la rêverie, dès qu'ils n'ont plus d'activité à déployer en dehors d'eux, mais rentrent à volonté dans la réalité : ce sont les imaginatifs, les poètes, les romantiques amoureux, les distraits, etc., tous gens normaux.

2° Les autres se complaisent dans leurs rêveries, s'échappent de la réalité dès qu'ils le peuvent pour s'y abandonner, et ne rentrent dans l'activité réelle que dans la mesure la plus restreinte possible et comme à contre-cœur, sous la pression du dehors : tels sont les mystiques, les contemplatifs, les idéalistes illuminés, etc. Ceux-là sont sur les confins du pathologique et peuvent y verser complètement, rentrant alors dans la troisième catégorie.

3° Celle-ci est constituée par ceux qui tombent malgré eux dans la rêverie, croient à leurs rêveries et se laissent diriger par elles. Ils ne peuvent ni s'en tirer, ni en être tirés du dehors, ou seulement d'une façon passagère ou incomplète, et finissent

par y sombrer définitivement : c'est ce qu'on voit dans la confusion mentale chronique, la folie discordante, l'hébéphrénie, certaines bouffées délirantes des dégénérés, la psychasthénie délirante, etc.

Je n'insiste pas sur cette manière de voir sur laquelle j'aurai l'occasion de revenir un autre jour et que je voulais simplement rappeler à l'occasion de cette discussion. J'ajoute seulement que si l'on tient aux termes à radical « schizo », on pourrait donner à ces trois catégories de rêveurs les noms déjà établis de schizoïdes, de schizomanes et de schizophrènes, qui forment une gamme de degrés allant du normal au pathologique le plus complet.

De même que la tendance à la rêverie donne au comportement des gens normaux qui la présentent d'une façon un peu marquée une allure assez particulière, la prédominance de ces états de rêverie profonds associés à des troubles mentaux divers, leur imprime un cachet *sui generis* et une évolution spéciale.

Sans aller jusqu'à dire que la schizophrénie n'est qu'un mot, pour désigner un processus mental qui peut se rencontrer à tous les degrés dans des maladies mentales diverses auxquelles il imprime une allure spéciale, je ne puis la considérer comme une maladie autonome, et encore moins comme la Maladie Mentale par excellence, l'Aliénation Mentale type, englobant presque tous les syndromes mentaux, tout en se caractérisant elle-même surtout par des symptômes négatifs.

M. de Montet (de Vevey) note un fait essentiel, à savoir que les deux rapporteurs constatent que, dans la symptomatologie de la schizophrénie on rencontre tous les degrés entre l'état normal et la démence schizophrénique. Pour M. Bleuler, la façon schizoïde de penser est l'exagération d'une fonction normale et M. Claude reconnaît qu'on trouve chez la plupart des sujets normaux, à l'état d'ébauche, les caractères, les tendances qui, poussées à l'extrême, constitueront la maladie. Il dit : La schizophrénie n'échappe pas à cette loi commune. C'est cet effort d'établir la liaison entre la santé et la maladie qui suscite l'objection que la schizophrénie est une notion trop extensive et qui tend à lui enlever son caractère d'entité. Cet effort n'en demeure pas moins essentiel, car il révèle clairement que les distinctions qualitatives sont insuffisantes en

pathologie, que la pathologie est, au contraire, dominée par le problème de la fréquence relative des manifestations (anormales et normales), par le problème de la corrélation, chaque symptôme ne trouvant sa signification que dans l'ensemble des conditions qui l'entourent.

Les deux rapports contiennent une foule de preuves à l'appui de cette thèse, et la discussion en a fourni bien d'autres encore. Le diagnostic différentiel n'est pas autre chose qu'une question de corrélation et de fréquence relative : caractères communs et *en même temps* distincts, différences dans les signes qui coexistent, différences dans leur durée et leur succession ; autisme normal — autisme pathologique ; démence où un certain contact est encore possible — démence où il ne reste rien ; possibilité de faire la critique de son comportement — absence de toute critique ; dissociation passagère — dissociation durable. C'est l'ensemble du comportement qui nous permet de distinguer un rêveur normal, « utile », d'un schizoïde ; cette « utilité » fait partie de sa conduite ; elle confère une autre signification à des associations bizarres, à des visions qui, considérées isolément, peuvent être aussi étranges chez ce rêveur que chez le schizophrène.

Le rôle primordial de la détermination corrélative — opposée à la désignation qualitative — des signes se laisse démontrer aisément. Aucune impression ne trouve sa signification en elle-même, mais dans tout ce qui l'entoure et c'est ce contexte (en d'autres termes les signes et les réactions que l'on observe *en outre*) qui fera qu'ici nous la nommerons rêve, là hallucination, ailleurs voix intérieure, obsession, etc...

Or, s'il est vrai que le problème des corrélations et de la fréquence relative domine toute la pathologie et qu'il se substitue graduellement aux distinctions seulement qualitatives, on conçoit que l'évolution de la pathologie doive se faire dans le sens d'une insertion toujours plus complète des manifestations maladives dans les réactions normales. Dès lors, la maladie ne sera plus une manifestation *sui generis,* mais une façon caractéristique dont l'état *nommé,* pathologique s'écarte de la normale. Dans la mesure de cette insertion toujours plus complète, les classifications que nous opérons deviennent de moins en moins verbales. Pourvu que nous sachions *comment* le comportement anormal diffère du normal, cela nous suffit ; les étiquettes et les entités nous importent peu. L'entité perd son caracère absolu ; nous n'observons plus de phénomènes

pathologiques, mais des fluctuations, des écarts caractéristiques de la normale.

Les malentendus résident dans les hypothèses (implicites !) hétérogènes, dans la façon subjective dont nous prélevons et préférons certaines réactions, dans les interprétations que nous donnons des faits, *non pas dans les faits eux-mêmes.*

Ils s'aplanissent dans la mesure où les noms et les étiquettes sont remplacés par des corrélations (syndromes !) constatables et vérifiables par chacun.

M. Steck (de Lausanne). — Lorsque j'ai eu la grande faveur d'être l'assistant du regretté professeur *Dupré*, mon maître attira souvent notre attention sur les grandes différences cliniques qui existent entre une psychose hallucinatoire chronique et une démence catatonique, son esprit latin très clair ne pouvait pas admettre que tout cela devrait appartenir à la même maladie. J'ai eu plus tard, souvent l'occasion de soumettre cette opinion à mon maître, le professeur Bleuler et je me rendais de plus en plus compte que, si la structure extérieure des différentes formes de schizophrénies était très différente, il existait beaucoup de liens communs justifiant la *conception unitaire* du professeur Bleuler.

Je passe sur les *données héréditaires* dont d'autres plus compétents parleront certainement ; je souligne en passant l'échec de la création des *paraphrénies de Kræpelin* et je me permets de mentionner, tout particulièrement, le travail de Mme Thuillier-Landry sur les délires à évolution démentielle précoce, qui montre bien l'évolution des états délirants vers la démence schizophrénique.

Le professeur Bleuler vient de nous dire que la schizophrénie est une *entité clinique* et une *entité anatomopathologique*. Ce dernier point n'est peut-être pas encore établi pour tous les cas ; toutefois, les lésions microscopiques des cas nets de démence catatonique se distinguent nettement des lésions qu'on trouve dans les autres démences organiques.

Puisque les rapporteurs acceptent sans discussion la nature organique de la démence précoce, je voudrais attirer votre attention un instant sur les *troubles neurologiques* dans les différentes formes de schizophrénies. Lorsqu'on cherche systématiquement les troubles neurologiques organiques (réflexes, tonicité, symptômes végétatifs), dans un grand nombre de cas

de schizophrénies dans les différentes formes, on constate que ces troubles neurologiques sont les plus fréquents et aussi plus intenses dans la catatonie, un peu moins dans l'hébéphrénie et dans la démence précoce simple, et plus rares et plus discrets dans les formes paranoïdes. Mais il existe certains *troubles de la mimique* (le regard figé et fixe) qu'on trouve presque également fréquents et intenses dans la catatonie et dans la paranoïde.

Cette mimique se différencie nettement de la mimique des post-encéphalitiques, malgré certaine ressemblance. Comme dans l'encéphalite, le trouble de la mimique des déments précoces est souvent le premier symptôme neurologique clinique net. Ceci tient au fait que la mimique, *fonction délicate et phylo-génétiquement récente,* est la première touchée en vertu de la loi de *Hughlings Jackson* sur l'évolution et la dissolution des fonctions nerveuses. Les formes de la schizophrénie qui sont le moins atteintes au point de vue neurologique souffrent justement dans ce domaine particulièrement vulnérable.

Tout porte à croire qu'il s'agit dans la schizophrénie d'une espèce *d'hérédo-dégénération* localisée à différents étages du névraxe selon la forme particulière. J'exposerai dans une communication à part, nos conceptions sur la localisation des troubles catatoniques.

Le déficit commun à toutes ses formes à localisation et à symptomatologie différente, est une *régression* à un stade inférieur de l'activité, une *réduction de la personnalité*. La *psychanalyse,* pour laquelle la schizophrénie est une affection surtout fonctionnelle, parle depuis longtemps d'une régression mentale à un stade archaïque. Elle se rencontre là avec la *conception de Janet,* sur la régression de la fonction du réel, l'abaissement de la tension psychologique par descente progressive des différents étages de la hiérarchie psychique. Ces conceptions uniquement psychologiques trouvent un complément biologique nécessaire dans le principe de l'évolution et de la dissolution de H. Jackson. Les deux conceptions sont loin d'être incompatibles ; au contraire, la science médicale a besoin des deux pour réaliser des progrès.

Dans les démences paranoïdes, la régression mentale est particulièrement frappante, par la forme archaïque et *prélogique* que la pensée du schizophrène y prend souvent. L'analogie de la pensée schizophrène avec la mentalité des peuples

primitifs a été beaucoup étudiée ces dernières années en Allemagne, mais nous devons souligner ici que nous avons eu l'occasion d'en prendre connaissance en France déjà, auparavant, en nous inspirant des beaux travaux de *Lévy-Bruhl* sur la mentalité primitive. Dans les formes plus discrètes (psychasthénie schizoïde), la régression se montre par la *perte du contact vital avec la réalité,* comme elle a été bien mise en lumière récemment par Minkowski. Dans les formes *schizophasiques,* nous voyons une régression spéciale du langage, une première étape vers la dissolution aphasique. La *motilité catatonique* présente une régression particulière des fonctions motrices, amenant une prédominance des automatismes basaux. La *régression affective,* discrète chez les paranoïdes, devient intense chez les catatoniques. Dans le *domaine sensoriel,* nous voyons que, le contrôle supérieur fléchissant, l'attention est de plus en plus exercée par les excitations endogènes; le *chaos de la cénesthésie* met son emprise sur tout le psychisme et trouble de plus en plus les rapports de la personnalité avec le monde extérieur.

Dans le domaine anatomopathologique, nous trouvons dans la démence précoce des lésions assez discrètes, comparées à celles que nous montrent les autres démences organiques. Cette différence trouve son expression clinique dans le fait, qu'en général, la dissolution des fonctions psychiques ne s'attaque qu'aux étages supérieurs de la hiérarchie psychique.

Lorsque l'hérédo-génération s'étend à une région plus étendue, nous verrons une forme paranoïde évoluer vers une démence catatonique: là encore, la marche de la maladie suit le principe de Jackson.

La *pathogénèse* est naturellement très variable, des « noxes » les plus diverses peuvent attaquer le système nerveux constitutionnellement affaibli. Les *glandes à sécrétion* interne, aussi bien que la *barrière hémato-encéphalitique,* entrent en ligne de compte comme substratum anatomique à côté du névraxe proprement dit. Ceci n'est pas sans importance pour une thérapeutique médicamenteuse.

Mme Minkowska (de Paris). — Aussi bien M. Bleuler que M. Claude m'ont fait le grand honneur de parler dans leurs rapports de mes recherches généalogiques. Ceci m'incite à formuler quelques remarques concernant avant tout l'importance des

psychoses associées. Ces remarques réduisent en même temps à néant l'objection faite si souvent à Bleuler, au sujet de l'extension donnée à la notion de schizophrénie, extension qui simplifiait soi-disant singulièrement la tâche du psychiatre. C'est que le diagnostic. en psychiatrie, est loin d'épuiser l'individualité de chaque cas examiné. Il ne donne qu'un point de direction; l'analyse plus approfondie ne commence qu'après et devient difficile, même là où le nombre des notions cliniques adopté est très restreint. Qui dit schizophrène, n'indique que la présence de troubles d'ordre schizophrénique dont la nature reste bien déterminée depuis l'œuvre de Bleuler, mais il n'a encore rien dit sur la présence d'autres facteurs susceptibles de modifier sensiblement, et le tableau clinique, et le pronostic. C'est ici qu'intervient la notion de psychoses associées qui, lorsqu'on se donne la peine d'examiner de plus près les cas étudiés, sont de beaucoup plus fréquentes que les psychoses simples. Ceci, d'ailleurs, ne saurait nous surprendre, étant donné l'entrecroisement constant de divers éléments héréditaires.

Dans mes recherches généalogiques, j'ai surtout eu l'occasion d'étudier l'association de la schizophrénie avec la cyclothymie d'une part, et avec l'épilepsie d'autre part. La présence des facteurs maniaco-dépressifs atténue, dans l'ensemble, la progression de la schizophrénie. Ils le font en opposant à l'autisme, un contact affectif meilleur avec l'ambiance, ainsi que la tendance à l'extériorisation qu'ils apportent avec eux. Ces sujets, même quand ils tombent malades de très bonne heure et malgré des séjours fréquents à l'asile, ne présentent pas de signes de désagrégation schizophrénique avancée. Dans les intervalles meilleurs, ils se montrent actifs et parviennent à se maintenir à la surface, même, au point de vue social.

Le facteur épileptique exerce de même une influence atténuante sur le processus schizophrénique, quoique cette influence se manifeste ici, conformément à la nature de l'épilepsie, d'une façon différente. C'est avant tout l'affectivité collante et visqueuse de l'épileptique qui viendra contrebalancer le détachement de l'ambiance du schizophrène, en donnant ainsi lieu à un comportement différent de celui du schizophréno-maniaco-dépressif. D'autre part, les élaborations délirantes du malade présentent une teinte particulière, grâce à la présence du facteur onirique provenant de l'épilepsie. Les malades considèrent

leur délire comme un rêve et non pas comme quelque chose de tout à fait étrangr à leur personnalité, circonstance qui aplanit le conflit intérieur au moment de l'amélioration.

M. Bleuler dit dans son rapport, que l'association schizophréno-épileptique n'a pas encore été étudiée d'une façon suffisante. Au cours d'une récente conversation, il a bien voulu reconnaître que les faits, mis en évidence au cours de mes recherches généalogiques, pourraient contribuer à élucider ce problème difficile. Je lui suis profondément reconnaissante de cet encouragement, et je crois que la psychiatrie ferait un pas important en avant si, au lieu du diagnostic de psychoses atypiques qu'on entend si souvent, elle s'attachait davantage à l'étude des psychoses associées. Certes, comme le dit si judicieusement M. Claude, de vastes recherches généalogiques deviennent nécessaires pour ce but, mais, à défaut de celles-ci, la tendance elle-même de rattacher le tableau clinique au passé personnel et familial du malade que nous retrouvons toujours à nouveau dans les études de M. Claude et de ses élèves, constitue déjà une progression importante.

M. le Prof. A. Obrégia (de Bucarest). — Venant de très loin, je n'ai pas eu le temps de recevoir les rapports, mais j'ai écouté avec grand plaisir MM. les prof. Bleuler et Claude et je leur adresse mes félicitations. La différence entre eux n'est pas si grande, au fond. Comme M. Bleuler l'a dit, en général, les Français tendent à la synthèse, les Allemands à l'analyse. Cette fois-ci les rôles sont inversés : c'est le Prof. Claude qui adopte le système Allemand et Bleuler le Français, car, celui-ci nous a donné une très grande synthèse dans la *Schizophrénie*. Acceptant l'ingénieuse comparaison géographique de M. Bleuler, j'estime que cette schizophrénie est comme un grand Continent, l'Asie par exemple. Je comprends qu'il y ait des discussions aussi sur les délimitations, de même que l'Asie a des transitions vers l'Afrique et l'Europe. Mais les transitions sont dans l'ordre biologique, en psychiatrie aussi. J'admire beaucoup les caractéristiques psychologiques données par le Prof. Bleuler, qui sont profondes et justes, telle, par exemple, celle de l'altération de la sensibilité psycho-affective. Depuis Th. Ribot, on sais de plus en plus, combien l'affectivité a d'influence décisive sur nos réactions et nos aptitudes. Tandis que les maniaco-dépressifs sont des hyper- ou hypothymiques, les schizophrè-

nes sont des parathymiques : ils assistent indifférents à leur propre désastre, aux actions désordonnées et souvent obscènes qu'ils commettent. Il y a aussi dans le beau travail du Prof. Claude beaucoup de choses très intéressantes. Je sollicite surtout l'attention du Congrès sur le groupe de cas consécutifs aux toxi-infections. C'est principalement Régis qui les a décrits avec leurs manifestations de grande ou petite catatonie et leur evolution souvent terminée par la guérison. J'ai aussi observé des cas analogues, surtout chez des puerpérales, après lactation, ou de très grands chocs et je proposerais de constituer ces cas à évolution plutôt régressive, en groupe à part, sous le nom de *Syndrome schizoïde de Régis,* en mémoire de ce grand et regretté Maître.

M. J. Lévy-Valensi (de Paris). — En prenant part à la discussion des deux intéressants rapports qui viennent de nous être soumis, je suis de ceux dont l'impartialité ne saurait être mise en cause. En effet, élève et collaborateur depuis bientôt 20 années de M. le professeur Claude, j'ai, dans mon récent *Précis de Psychiatrie,* tout en signalant les conceptions de mon maître, pris comme base des descriptions de la démence précoce la conception bleulerienne.

Après avoir lu attentivement les deux rapports, après en avoir écouté les lumineux exposés, je crois que les divergences d'opinions qui séparent les deux éminents rapporteurs sont plus apparentes que réelles ; il ne saurait d'ailleurs en être autrement puisqu'il s'agit de faits vus par de tels observateurs. Sans émettre une théorie nouvelle je veux essayer en quelques mots de démontrer comment les deux rapports se complètent, comment les deux théories s'harmonisent, opinion qui se trouve d'ailleurs en substance dans le rapport de M. Claude.

M. Bleuler se plaint d'être pour les Français un personnage légendaire parce qu'incompris. Ceux de nos compatriotes qui auront mal assimilé les travaux de l'éminent psychiatre de Zurich en feront leur « mea culpa » ; la langue des psychologues, des meilleurs comme des pires, et je laisse à M. Bleuler la responsabilité de s'être classé, lui et son école, dans une catégorie où aucun de nous n'a songé à le mettre, la langue psychologique, dis-je, n'est pas toujours de compréhension facile, surtout lorsqu'elle s'exprime dans une langue étrangère à la nôtre. Quant au caractère légendaire, nous le reconnaissons

très volontiers à M. Bleuler, sous réserve de donner à ce terme la signification d'historique : tout personnage historique que nous n'avons pas connu étant, par définition, pour nous, un tantinet mystérieux. M. Bleuler appartient et appartiendra longtemps à l'histoire de la psychiatrie, et à la meilleure ; mais, depuis que nous avons eu le plaisir de le voir et de l'ouïr, il est sorti pour un temps de la légende et est devenu une agréable réalité.

Je ne discuterai pas la conception géniale de la schizophrénie admise, à peu près, par tout le monde. Je ne dirai point si cette théorie est trop vaste comme d'aucuns l'ont prétendu ; M. Bleuler a créé une entité morbide, libre à lui d'y placer ce qu'il veut. Le point en question est de savoir si, tous les faits que nous avons accoutumé d'englober sous le nom de démence précoce, appartiennent ou non, à la schizophrénie. M. Claude croit qu'il en est ainsi dans la majorité des cas, mais que, quelques sujets, n'ayant pas les caractères schizophréniques, qui sont en somme une pseudo-démence, après quelques incidents psychopathiques, sombrent dans une démence vraie globale bien que quantitativement élective. Cette démence vraie, à laquelle seule M. Claude donne le nom de démence précoce, décrite par Esquirol et par Morel existe-t-elle, ou est-elle englobée par la schizophrénie ? — Tel est le point litigieux. Je crois, avec M. Claude, que ces cas sont relativement rares, eu égard à la fréquence de la schizophrénie ; tous les aliénistes, et M. Bleuler lui-même les ont constatés, l'interprétation seule en étant différente. Dans le petit service des psychopathes aigus de l'Hôtel-Dieu, dont je m'occupe depuis plusieurs années, j'ai vu une demi-douzaine de cas au moins de confusion mentale puerpérale chez de très jeunes femmes, ayant abouti en quelques semaines à un état démentiel du type de la démence précoce de Claude.

Comment concilier les deux points de vue ?

D'après Bleuler, le processus de la schizophrénie est anatomique, physiogène, mais avec une superstructure psychogène, ces éléments pouvant l'un ou l'autre prédominer selon les formes. On est tenté de voir dans la démence précoce de Claude la prédominance de l'élément physiogène plus ou moins indélébile. Mais, objectera-t-on, dans ces formes, les éléments schizophréniques font défaut. Etant donné l'extension du concept bleulérien, je ne suis pas certain que quelques-uns des symptômes ne puissent pas être rattachés à ce concept.

On peut assez bien se représenter, chez certains jeunes sujets sous l'influence de facteurs héréditaires ou autres, une fragilité particulière du tissu cérébral qui pourra se traduire, sous des influences diverses, organiques ou psychiques, par les manifestations mentales latentes ou évidentes, avec des degrés divers, du syndrome de Bleuler. On peut admettre aussi, que ce même tissu, est plus facilement vulnérable aux intoxications, à l'auto-intoxication puerpérale en particulier, aux infections, au surmenage, etc., et que, sous l'une de ces influences, des lésions destructives s'établissent, se traduisant par une démence globale, dont l'électivité tient à la fragilité plus grande de certains centres fonctionnels. Il y aurait donc, et c'est d'ailleurs une conception que ne repousse pas M. Claude, une même maladie avec deux pôles extrêmes, l'un plus organique, la démence précoce, l'autre plus fonctionnel, la schizophrénie, avec des formes intermédiaires. Cette conception uniciste dans le fond, dualiste dans la forme, trouve pour moi son appui dans une double observation que je me permets de vous rappeler en terminant.

Il y a 4 ans, une jeune homme, âgé alors de vingt ans, entre dans la schizophrénie la plus nette, par une fugue. Depuis, il se présente comme un schizophrène, avec discordances, troubles variables de l'affectivité, impulsions, tendance à l'autisme, idées délirantes absurdes, préoccupations génitales, etc. Par ailleurs, ce malade est susceptible de s'intéresser à certaines choses, correspond avec sa famille, a une mémoire parfaitement conservée, si bien que des tentatives de sortie de la maison de santé ont déjà été faites, je dois le dire, sans grand succès. Or, deux ans plus tard, la sœur de ce jeune homme, âgée alors de 18 ans, fait une crise de mélancolie anxieuse assez caractérisée. Au bout de 3 semaines, l'état mental se modifie, la malade devient maniérée, indifférente, et rapidement gâteuse et coprophage ; depuis deux ans, après des alternatives de mieux et d'aggravation, portant d'ailleurs plus sur l'état général que sur l'état mental, la malade toujours gâteuse est tombée, en même temps qu'elle a pris un aspect floride, dans un état d'abêtissement, de démence, en un mot, portant sur toutes les facultés psychiques, avec conservation très relative de la mémoire, et tout à fait du type sur lequel insistait M. Claude. En somme, même terrain, manifestations différentes, sans doute parce que fragilité plus grande dans le deuxième cas ou agressivité toxique

ou infectieuse particulière, ayant déterminé un processus encéphalitique.

Un prince de Neuchâtel, dément précoce, par J. Lévy-Valensi. — Il m'a paru piquant, après la discussion à Genève de rapports portant sur la démence précoce, de rappeler en quelques mots l'histoire lamentable d'un prince du sang royal français, qui fut prince-souverain en Suisse, et termina sa vie, à mon sens du moins, dans la schizophrénie.

Jean-Louis-Charles de Longueville, fils de la séduisante frondeuse, appartenait par sa mère aux Bourbons, descendant du sixième fils de saint Louis ; par son père, il descendait du fameux Dunois « bâstard d'Orléans », neveu de Charles VI. J'ai dit ailleurs (1) la lourde hérédité que représentait cette double filiation à point de départ commun d'ailleurs.

Jean-Louis-Charles fut un débile, un insuffisant mental depuis sa naissance, le 10 janvier 1646, jusqu'en octobre 1670, où commencent une série de troubles qui sont nettement du type schizophrénique ; cette dernière partie de sa vie se trouve nettement exposée par d'Aguesseau, lors du procès en validité de testatement intenté en 1680, par la duchesse de Nemours, demi-sœur de notre héros, au prince de Conti, son cousin et son héritier.

Le 21 mars 1668, le duc de Longueville faisait solennellement remise au château de Neuchâtel, à son frère le Comte de St-Paul, de la souveraineté de Neuchâtel et de Vallangin ; à cette époque, il est probable qu'il n'était plus déjà très normal, ainsi qu'il résulte d'un rapport fourni le 21 décembre 1680 par le pasteur Girard. Il est ordonné prêtre en décembre 1669, malgré l'opposition de sa mère, et interné à l'Abbaye de Haute-Selle en octobre 1671. La période qui précéda son internement, fut remplie par une série d'excentricités commises en particulier, lors d'un voyage le long de la Loire, qui ne laissent pas de doutes sur la nature du trouble. On trouve dans les Archives de Neuchâtel, de précieux documents sur les circonstances de l'abdication et sur une ambassade partie de Neuchâtel le 1er mai 1673, afin de vérifier l'existence du Prince interné à l'Abbaye de Ste-Bénigne à Dijon et le ramener dans sa principauté, car Jean-Louis-Charles était redevenu prince

(1) Voir *Paris-Médical*, juillet et août 1926.

souverain de Neuchâtel par la mort, au passage du Rhin, de son frère, le Comte de St-Paul, le 12 juin 1672.

Toutes les précautions dont on entoura la réception de l'ambassade, les réticences des ambassadeurs, si elles ne permettent pas d'apporter une précision au diagnostic, ne laissent aucun doute sur l'état de démence.

Pour connaître l'état mental de notre malade lors de ses différents internements, en particulier à St-Georges de Bosherville, il faut lire les mémoires du Père Tixier et les lettres qu'il écrit au Prince de Condé, oncle du malade, qui sont de véritables bulletins de santé. Le Prince mourut le 4 février 1694 de « fièvres continues ». On relève dans son observation, des bizarreries, alternant avec des actions normales, des propos incohérents, succédant à des réflexions raisonnables, des éclats de rire insolites, des stéréotypies de gestes, d'attitudes, de paroles, d'écrits, des négligences, enfin une indifférence vis-à-vis des siens qui ne se voient que dans la schizophrénie.

Ce diagnostic rétrospectif a été fait déjà en 1910, par un de nos confrères suisses, le Dr Châtelain, qui arrive au diagnostic de folie de dégénérescence ; il est probable que si notre confrère reprenait aujourd'hui ses études, il arriverait aux mêmes conclusions que moi-même.

M. Boven (de Lausanne). — Le Dr B. présente quelques objections à la conception nouvelle du professeur Claude, sur la foi des notes prises en cours de séance.

La D. P., *species nova,* possède deux caractères qui généralement dénoncent la congénitalité ; à savoir : les caractères précoce et irrémédiable. Or, la conception claudienne attribue précisément le caractère acquis, au syndrome de la D. P. — Au contraire, la schizophrénie qu'il peint acquise, fonctionnelle et souvent exempte de lésions, serait prédéterminée par l'hérédité.

Les recherches sur l'hérédité n'ont pas prouvé, jusqu'à ce jour, qu'il y eût véritablement un critère de ce point de vue entre la S. et la D. P. L'auteur a révisé, à ce propos, l'hérédité d'une soixantaine de cas de l'une et l'autre sorte, — par hérédité, il faut entendre ici, les antécédents psychiatriques des générateurs — et nulle divergence, nulle caractéristique ne lui sont apparues. La démonstraion n'est pas faite.

Si la D. P. n'est qu'une encéphalite, elle aboutirait à la

vidange intellectuelle et créerait des idiots, mais l'idiotie simple est psychologiquement très différente de l'individu vidé par une D. P. L'idiot simple, celui auquel vont les bénédictions bibliques, est souvent sociable et même aimable.

En terminant, le Dr B. rompt une lance en faveur du mot « caractérologie » dont l'origine grecque et l'homogénéité philologique sont inattaquables.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Il reste vraiment peu d'observations à formuler après la discussion prolongée qui vient d'avoir lieu, et l'essentiel a certainement été dit. Il semble pourtant qu'on ne puisse assez insister sur le danger que présente l'extension, à mon sens excessive, que le professeur Bleuler donne à la schizophrénie. Ce point ayant été abordé lui aussi au point de vue général, je voudrais seulement le restreindre à une question plus particulière et que j'ai spécialement étudiée, celle de la psychose hallucinatoire chronique, ou paraphrénie de Kræpelin. A l'encontre de la plupart des auteurs, Bleuler veut la faire à nouveau rentrer dans la schizophrénie. C'est là une prétention que rien ne me semble devoir justifier. Tout d'abord, la psychose hallucinatoire chronique ne présente aucun des grands symptômes cardinaux que Bleuler reconnaît aux manifestations schizophréniques ; il n'existe ici, ni relâchement des associations des idées, ni discordances des réactions psychiques, ni autisme. Le fait que A. Mayer aurait constaté une évolution schizophrénique chez les trois quarts des malades que Kræpelin lui-même aurait étudié comme paraphréniques, n'est peut-être pas tout à fait convainquant. S'il admet la thèse si compréhensive de M. Bleuler, il n'aura pas de difficulté à faire rentrer à peu près n'importe quoi dans la schizophrénie. Quoi qu'il en soit, je ne connais pas de malades atteints de psychose hallucinatoire chronique qui aient versé à un moment donné dans la D. P. Mais il faut faire cette réserve que, tout comme il existe des formes de manie, de psychasthénie, d'hystérie préschizophrénique il peut exister une forme d'hallucinose donnant le change à la période prémonitoire de la schizophrénie.

Un autre point, que je ne ferai qu'effleurer, est celui des rapports de la D. P. et de la schizophrénie. Il est toujours très difficile de dire si un sujet est dément ou non, et, de plus, même si on admet la démence vraie du type Morel, on doit

reconnaître qu'elle présente une allure très particulière, et qui emprunte une partie de sa symptomatologie, à la schizophrénie la plus orthodoxe. Je préférerais, pour ma part, reconnaître qu'il existe des schizophrènes pauvres et riches. Les premiers réalisant, lorsque le type est poussé à ses limites extrêmes, une symptomatologie, même négative, tellement réduite, qu'elle correspond pratiquement au néant, mais sans qu'on puisse jamais dire avec assurance si ce néant est apparent ou réel. La seconde, se développant en larges manifestations psycho-pathologiques dont les divers éléments ont été si bien étudiés ces dernières années. Ainsi se rejoindraient peut-être en fait, et non plus seulement en intention, deux thèses qui, à première vue, sont vraiment très opposées.

M. Pierre Kahn (de Paris). — Après avoir entendu les remarquables rapports dés professeurs Bleuler et Claude, ainsi que les commentaires et les critiques auxquels ils ont donné lieu, l'esprit des auditeurs reste en quelque sorte écrasé et cherche à se ressaisir, tel un touriste qui, égaré dans un pays aussi varié qu'accidenté, et ne parvenant pas à se guider au moyen des cartes d'état-major, noires de cotes, de profils indiqués et du tracé multiple des plus petits sentiers, aspire après une carte schématique et simplifiée, où les grandes routes marquées d'un gros trait rouge indiquent clairement le chemin à suivre et renseignent avec précision sur le lieu qu'on quitte et celui auquel on veut arriver.

Qu'on me permette de jouer ici le rôle de la carte aux gros traits rouges. Il me semble que la clarté du sujet ne pourra qu'y gagner.

Si le professeur Bleuler veut bien m'autoriser à considérer la schizophrénie, non comme une maladie, mais comme un *syndrome,* et l'assimiler aux syndromes médicaux, comme l'œdème, l'ictère, l'asystolie, la question devient alors beaucoup plus nette.

Prenons tous les cas cliniques compris dans les limites de ce syndrome. Que voyons-nous ? Eh bien, ceci : c'est qu'ils se synthétisent en 3 types cliniques bien précis : 1° une *constitution* schizoïde, celle des rêvasseurs, des autistes, à cheval sur la limite de la norme, ceux qui ne sont ni tout à fait aliénés, ni tout à fait adaptés ; 2° une *psychose congénitale* : simple fêlure au début qui, à la suite d'un choc moral ou physi-

que, devient brisure et réalise le tableau de la démence précoce (schizophrénie au sens du professeur Claude) ; 3° une *psychose accidentelle* soudaine, sans antécédents pychopathiques. Psychose toxi-infectieuse, typhique, rhumatismale, grippale, staphylococcique, puerpérale : confusion mentale qui doit guérir et qui ne guérit pas (confusion mentale chronique de Régis). Mais il arrive que cette psychose, véritable *encéphalite infectieuse,* se déclanche sans étiologie évidente, — vers la puberté. — Alors qu'on se donne la peine de rechercher dans les antécédents héréditaires ou personnels, à la fois le facteur *tuberculose* et le facteur *surmenage intellectuel.* Dans 90 0/0 des cas, on les trouvera. C'est la démence précoce vraie, l'hébéphrénie de Kalhbaum. C'est l'encéphalite tuberculeuse de la jeunesse.

Ce que nous savons de l'encéphalite épidémique en neuropsychiatrie, nous fait comprendre, et l'étiologie, et l'évolution de la démence précoce. Par ailleurs, en pathologie générale, n'avons-nous pas l'exemple du rétrécissement mitral ? Tantôt congénital, sur un terrain prédisposé à la tuberculose il se manifeste tantôt à la puberté, et, tantôt, le même rétrécissement mitral succède à l'endocardite infectieuse. De même nous avons et la démence précoce, soi-disant primitive, et la démence précoce post-typhique, rhumatismale ou puerpérale.

Le syndrome clinique schizophrénique s'étend donc depuis la constitution schizoïde jusqu'à l'encéphalite infectieuse, en passant par la schizophrénie congénitale évolutive, dans les limites où la conçoit le professeur Claude, ces deux derniers types cliniques rentrant dans la démence précoce classique de Kræpelin.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux). — Certains sujets présentent une façon d'être dont le trait dominant et peut-être essentiel est l'autisme. Un tel état, qui n'est pas la maladie, prédispose, sans en être la condition indispensable, à l'intervention ultérieure d'un facteur exogène. Il prédétermine surtout la formule psychopatique dont seront teintées les manifestations vésaniques qui pourront aller de la grande catatonie stupide à la dissociation mentale la plus discrète, en passant par tous les états discordants, selon qu'il s'agira de processus aigus ou de séquelles de lésions éteintes.

Je pense que le facteur exogène dont l'intervention paraît nécessaire est la tuberculose. La clinique nous apprend, en effet, son début par infection massive parfois fugace, sa marche par poussées et surtout son polymorphisme étrange, dû à la succession, voire à la coexistence chez le même malade, de syndromes, soit lésionnels évolutifs à tous les degrés d'intensité, soit cicatriciels biologiquement torpides et sémiologiquement réduits à de minimes insuffisances fonctionnelles.

M. Bleuler (de Zurich). — En lisant l'excellent rapport de M. Claude, je fus ravi de constater que les divergences qui semblaient nous séparer sont plus apparentes que réelles. Nous partons de points de vue différents ; c'est pourquoi ce qui paraît de grande importance à l'un de nous, peut être de valeur moindre pour l'autre. Et je pense faire une grande acquisition en ajoutant les données de M. Claude aux miennes ; du reste, ce qu'il dit, complète admirablement ma propre manière de voir.

En général, M. Claude insiste plutôt sur les divergences de nos opinions ; je tâcherai donc de montrer ce qui nous unit. M. Claude trouve dans le large cadre de notre schizophrénie, une série de maladies différentes, mais il constate aussi qu'elles ont beaucoup de symptômes en commun ; il y a, selon lui, « un grand nombre de faits intermédiaires et la D. P. et la schizophrénie proprement dite seront peut-être considérées comme les deux formes extrêmes d'une maladie, variable dans sa symptomatologie et son évolution, suivant certaines conditions d'hérédité, suivant surtout l'importance relative de l'élément organique ou de l'élément psychogène ».

En ce qui me concerne, j'ai parlé d'un *groupe* de schizophrénies (au pluriel) que, à certains points de vue j'avais pu réunir en une unité et qui se distinguent clairement de toutes les autres maladies mentales. Il me paraît donc que nous parlons de la même chose, M. Claude trouvant un peu plus importantes les différences entre les maladies par lui délimitées, alors que moi j'en avais constaté plutôt les caractères communs.

Peut-être l'unité dont je parle sera-t-elle le mieux comprise si je vous fais remarquer ceci : on a divisé — et à juste titre — la schizophrénie, en des tableaux cliniques très variés, c'est-à-dire, on a classé de différentes manières les symptô-

mes observés dans ce groupe ; mais essayez d'incorporer une de ces entités clinico-psychologiques dans le cadre d'un des autres groupes de psychoses comme la folie maniaque-dépressive, les formes organiques épileptiques, etc., cela vous sera absolument impossible. Cela prouve, comme je le crois, que les limites du groupe entier sont des limites qualitativement autres et quantitativement plus solides que les différences entre les maladies dans lesquelles on a réparti le groupe que nous avons nommé schizophrénie.

M. Claude retient encore le concept d'une « *démence vraie* » ; quant à moi, je n'ai pas réussi à déceler chez mes schizophrènes les plus déments un déficit, uné perte de fonctions dans le même sens que dans une psychose organique proprement dite, comme la p. g. ou la démence sénile, et je ne peux, par exemple, pas croire à une destruction des images mnéniques. Mais, pour se convaincre de l'existence des fonctions perdues en apparence seulement, il faut du temps et de la patience ; un travail de quelques mois n'est pas toujours suffisant pour pénétrer l'écorce autiste du malade muet et négatif et prendre contact avec sa vie intérieure. En tout cas, les états démentiels précoces sont, *par leur nature même,* tout différents des autres démences.

Quant à la D. P. dans le sens restreint de M. Claude, elle est différenciée entre autres par l'étiologie. L'auteur y trouve de préférence *une absence de l'hérédité ;* j'en connais bien des cas et j'eus la même impression il y a 30 à 40 ans, mais je n'ai point de statistique exacte ; quand à l'observation superficielle, elle me semble démontrer que l'on peut constater suffisamment de cas semblables, mais à hérédité très chargée; ainsi, le fait de l'absence de l'hérédité ne saurait plus être soutenu. Selon M. Claude aussi, l'*épuisement* serait pour quelque chose dans la production de ces formes. Ceci est en contradiction directe avec mes expériences. Comme les malades eux-mêmes ainsi que leurs familles, ont toujours tendance à inculper le surmenage, nous sommes tous forcés journellement à prendre cette étiologie en considération.

Or, je ne peux que constater que, dans les circonstances qui prêtent à l'épuisement, je n'ai observé ni plus de cas de schizophrénie en général, ni plus de cas de démences catatoniques que dans des conditions de vie heureuse. Je suis plutôt tenté de croire le contraire, puisque beaucoup de candidats à la

démence schizophrénique ne sont point portés à se surmener. *Voici peut-être le seul point où je me trouve en opposition directe avec mon co-rapporteur.*

Ce qui m'intéresse le plus dans l'exposé de M. Claude, c'est qu'il a constaté comme moi, d'une part un processus organique, soit chimique, soit anatomique, et de l'autre des superstructures psychogènes. Si, selon la prédominance de l'un ou de l'autre syndrome, il voit des différences de la forme des maladies, cela peut bien concorder avec nos opinions, puisque, par exemple, une catatonie aiguë est pour nous aussi, une affection mentale avec processus organique prévalent, tandis que, dans la symptomatologie de la variété parnoïde, la superstructure psychique constitue presque tout le tableau morbide.

M. Hesnard me fait le plaisir de déclarer que la schizophrénie est une maladie des instincts. Vous avez entendu que c'est aussi ma conviction ; mais j'espère que M. Hesnard, qui fait des instincts son étude particulière, nous montrera un jour en quoi consiste ce trouble de leur fonction. Quant à moi, jusqu'à présent, je n'ai pas réussi à le saisir, mais si quelqu'un y arrivait, la question se poserait : qu'est-ce qu'on trouvera à la racine de ces troubles des instincts ? Je n'y répondrai pas.

M. Henri Claude (de Paris). — Je voudrais revenir sur la question de la démence. M. Bleuler et M. Boven ne croient pas qu'il existe un véritable état démentiel chez les malades auxquels je donne le nom de déments précoces. Je sais bien qu'il faut distinguer de la démence, les troubles psychiques tels que l'agitation incohérente, les attitudes inadaptées, les délires avec confusion et surtout l'indifférence avec dépression et les stéréotypies catatoniques, tous ces états peuvent n'être que l'expression d'une orientation psychique spéciale, sans qu'il y ait destruction des capacités intellectuelles. Je ne m'arrêterai d'ailleurs pas, pour caractériser la démence, aux seuls troubles de la mémoire et du jugement qui peuvent exister chez les déments précoces, mais aussi dans d'autres psychoses, et manquent parfois dans l'affaiblissement démentiel sénile ou la P. G. Je me suis attaché pour caractériser la démence chez mes malades, à l'étude du fond mental et non aux caractères extérieurs. Eh bien, je répète que chez des malades comme celui dont j'ai donné l'observation dans mon

rapport, malade que je suis depuis 12 ans, comme chez bien d'autres dont je possède l'histoire, le fond mental est celui d'un état démentiel qui a pu débuter par les apparences de la confusion, ou de l'excitation, ou de la dépression mélancolique, mais, assez vite, j'ai noté l'appauvrissement des fonctions intellectuelles et enfin, la destruction de toute activité psychique, en dehors de tout reploiement dans un autisme trompeur. D'ailleurs les auteurs ont donné maintes descriptions de ces cas et Kræpelin n'a-t-il pas parlé de dévastation des fonctions psychiques. Or dévastation, cela signifie destruction de ce qui a existé, nos compatriotes des régions dévastées en ont fait la triste épreuve. Je crois que, s'il existe des divergences aussi nettes entre les psychiatres, c'est que nous ne voyons pas les mêmes malades. Il nous arrive constamment, dans nos services, des cas de démence de cet ordre, surtout après des états confusionnels d'origine infectieuse ou après un surmenage physique et surtout intellectuel. Je regrette que M. Minkowski ne prenne pas la peine de venir voir nos malades puisqu'il est à proximité; une bonne observation clinique serait plus démonstrative que des considérations métaphysiques. En ce qui concerne la question du rôle du surmenage, je pense que M. Bleuler a raison de dire que l'on retrouve difficilement la preuve d'un travail excessif fourni par le sujet qui va verser dans la démence précoce. Mais il y a là une question de relativité et, tel travail fourni par un jeune sujet qui pourra n'être pas excessif pour la moyenne, sera une cause de surmenage pour un cerveau qui n'a pas la résistance suffisante, qui peut être dans des conditions d'abiotrophie que Gowers a invoquées à l'origine d'autres maladies nerveuses (sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, etc.).

La distinction que je réclame entre la schizophrénie et la D. P. ne m'est pas absolument personnelle comme le croit M. Boven. Les anciens auteurs, ne connaissant pas les caractères schizophréniques que nous ont révélés les travaux de M. Bleuler, ne pouvaient faire la séparation, mais elle est en substance dans leurs observations. Cette distinction repose aussi bien sur les caractères cliniques que sur les notions biologiques. En ce qui concerne les caractères cliniques, je reconnais que les formes extérieures des deux maladies présentent des analogies assez grandes, de sorte que les syndro-

mes kræpeliniens sont réalisés à peu près de la même façon, avec cette distinction que j'indiquais tout à l'heure que le fond mental est tout différent. Néanmoins, je crois qu'il y a des formes de passage, notamment quand une schizophrénie évolue vers la démence, du fait de l'intensité des troubles conditionnés sans doute par un état infectieux, toxique, ou par un processus involutif dû à la fois à la longue durée, et à la débilité des centres encéphaliques.

En ce qui concerne la notion d'hérédité, je crois aussi qu'une différence peut être trouvée entre les deux types de maladie : l'hérédité similaire ou l'hérédité psycho-névrotique générale, se rencontrant d'une façon constante dans la schizophrénie et faisant défaut très souvent dans la démence précoce qui est dominée par la constatation de l'élément toxi-infectieux.

Enfin, si les lésions étaient à la base de la schizophrénie avec un caractère aussi tranché que dans la D. P., on aurait peine à comprendre que dans la schizophrénie, on observe ces rémissions si remarquables et surtout qu'on puisse observer les formes dégradées qui se maintiennent longtemps sans progresser. Je sais bien que ces états schizoïdes ou schizomaniaques ne sont pas distingués par ceux qui craignent, en les acceptant, de nuire au concept de la schizophrénie. Mais dans la pratique ils existent avec leurs caractères particuliers, et il faut bien admettre qu'ils ne représentent que des états fonctionnels, que des tendances dynamiques, pouvant s'exagérer sous l'influence de conditions biologiques, de traumas affectifs, etc. On ne conçoit pas que, dans la schizophrénie et les formes dégradées schizomaniaques, il existe dès le début des lésions, pas plus qu'on n'en observe dans les psychoses maniaques dépressives ou dans les états paranoïaques. Une organisation constitutionnelle du pychisme, modifiée par les circonstances de la vie, exagérée par les perturbations d'ordre biologique, rend compte des déviations du type schizophrénique, plus ou moins caractérisées. Des altérations des centres nerveux, dont il reste à déterminer les causes et les localisations, expliquant le tableau clinique différent des autres démences, rendent mieux compte du développement des symptômes et de l'évolution de la *démence précoce vraie.*

2me RAPPORT

NEUROLOGIE

LE SIGNE DE BABINSKI

CARACTÉRISTIQUES, MÉCANISME ET SIGNIFICATION

RAPPORTEUR : **M. Auguste TOURNAY (de Paris)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Appuyée sur ses descriptions cliniques, la démonstration établie par Babinski aboutissait à faire dépendre le phénomène des orteils d'une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal. Mises à part les réactions en extension liées à une atteinte des appareils neuro-musculaires périphériques, cette manière de voir a été entièrement adoptée.

Mais il ne suffit pas de prendre en considération le fonctionnement de la voie cortico-spinale seule. Il y a lieu d'envisager les moyens par lesquels le phénomène des orteils se prépare dans le système nerveux central et les moyens par lesquels il se réalise dans le système nerveux périphérique.

En ce qui concerne le mécanisme central, les recherches pratiquées sur le fœtus et l'enfant en bas âge et les données fournies par l'étude des sections totales de la moelle, conduisent à envisager séparément, tant pour la flexion que pour l'extension de l'orteil, des zones d'influence spinale et des zones d'influence encéphalique.

Dans les cas où la moelle n'est pas complètement libérée des influences supra-spinales, le signe de Babinski paraît devoir se réaliser avec la collaboration des voies extra-pyramidales.

En s'appuyant, en particulier, sur un ensemble d'observations, groupées en plusieurs séries, dans lesquelles, malgré la lésion pyramidale, cliniquement évidente et même anatomiquement prouvée, le signe de Babinski manque, en même temps que coexistent des lésions non pyramidales, on est conduit à cette conclusion :

Il y a lieu de concevoir le signe de Babinski comme une réaction s'effectuant par les voies d'un système non pyramidal libéré, selon les cas, partiellement ou totalement et, selon les cas aussi, de façon transitoire et durable. Cette libération s'opère à la faveur d'une perturbation du système pyramidal, perturbation qui s'exercerait alors dans le sens du déficit.

En ce qui concerne le mécanisme périphérique, c'est surtout le rôle des variations et perturbations des influences toniques et des chronaxies qui est à considérer.

La relation du phénomène des orteils avec d'autres phénomènes : réflexes tendineux, réflexes de défense, et ses diverses corrélations, constituent un objet important d'études pour déterminer la valeur et la nature du signe de Babinski, dont l'autonomie serait, à certains égards, expliquée par les considérations onto-phylogéniques.

Le présent rapport est passible de reproches du fait de lacunes ou omissions qui ne sont pas toutes complètement involontaires. L'importante question de la production et de la non-production du signe de Babinski dans les atteintes des parties superficielles de l'écorce cérébrale mérite, de la part d'anatomistes compétents, une étude à part qui n'est pas dans l'axe de la présente démonstration.

Discussion

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Ma pratique me permet de confirmer les conclusions du rapport de mon ami Tournay, qui nous a montré avec quel talent il savait cultiver en neurologiste l'art d'être père.

Quand, voilà 29 ans, j'étais l'élève de M. Babinski, j'ai reçu ses confidences sur le peu de retentissement de sa décou-

verte à ses débuts, ce qui est à peu près une règle générale, aussi bien en science qu'en art ou en littérature. L'œuvre de M. Babinski sur le phénomène des orteils a, non seulement une importance pratique toujours grandissante, mais rien n'est à y retrancher ; elle conserve, en toutes ses parties, toute sa vérité, et c'est là une constatation très rare à faire dans les travaux médicaux, dont beaucoup sont, en partie au moins, rapidement caducs. C'est que M. Babinski s'est toujours soumis à l'objectivité clinique, excellent exemple à suivre aussi pour les psychiatres.

L'importance des détails, dans la technique de la recherche du signe de Babinski, est très grande : le membre inférieur doit être en demi-flexion, le pied complètement relâché et non refroidi, le sujet ne doit pas regarder, le frottement de la plante doit être exécuté avec une pointe mousse non traumatisante.

Voici maintenant quelques faits personnels à l'appui du rapport de M. Tournay.

J'ai observé plusieurs cas d'absence d'extension des orteils dans les *hémorragies de la couche optique.*

Dans les *sections traumatiques de la moelle* j'ai vu la flexion des orteils dans les 3 jours de survie d'une fracture de la colonne cervicale et, au contraire, l'extension des orteils un an après une luxation de la VI[e] vertèbre cervicale sur la VII[e], ce qui confirme la théorie de Minkowski.

Relativement aux associations de lésions, j'ai observé comment une *vaso-constriction par excitation du sympathique,* peut entraîner l'absence du réflexe plantaire.

Dans la *poliomyélite antérieure aiguë,* on peut observer, dans quelques cas, l'extension des orteils. Tantôt elle est liée à l'atrophie des muscles plantaires, tantôt elle tient à une atteinte des faisceaux pyramidaux par l'infection, qui a débordé la substance grise.

Dans l'*encéphalite épidémique,* le signe de Babinski permet d'affirmer la perturbation pyramidale dans des cas de troubles associés pouvant faire croire à des manifestations hystériques, comme j'en ai communiqué un cas cette année à la *Société de neurologie.*

Dans les formes légères de *paraplégies pottiques,* la constatation du signe de Babinski est très importante, particulièrement dans les syndromes de Brown-Séquard très atténués.

Dans les *crises épileptiques* c'est immédiatement après la crise et non pendant que j'ai noté en général le signe de Babinski, quand il se produit.

Enfin, dans certaines *paraplégies spasmodiques syphilitiques,* j'ai souvent constaté l'attitude en extension permanente du gros orteil. C'est comme un réflexe permanent.

Pour terminer sur une note d'art, je rappelle que beaucoup de *Primitifs* dans leurs *Adorations des Mages* ont figuré l'extension des orteils de l'Enfant-Jésus au contact des mains ou des lèvres des adorateurs. Ces précurseurs artistiques, qui avaient su bien voir une réaction du nouveau-né, montrent une fois de plus que l'art souvent atteint d'un coup d'aile ce que la science ne peut que progressivement approcher.

M. Bersot (de Neuchâtel). — Qu'il me soit permis tout d'abord, de féliciter vivement le Docteur Tournay pour son remarquable rapport. Notre confrère a su débrouiller, avec une claire concision, l'écheveau si complexe de toutes les recherches et opinions qui se sont multipliées, depuis la mémorable découverte de Babinski en 1896. Les recherches cliniques toujours plus riches et plus variées permettent une fructueuse synthèse à l'heure présente; à ces dernières se sont ajoutées, depuis quelques années surtout, des recherches anatomo-physiologiques qui ont jeté un jour nouveau sur toute la question. L'abondance de ces investigations, qui à l'heure actuelle se poursuivent dans tous les pays, fait du « Babinski », un des signes neurologiques les plus importants.

Je me permets de relever ici quelques caractères du signe du gros orteil qui me paraissent essentiels:

1° *Sa variabilité.* — Dès que l'on observe le signe de B. en série, on est d'emblée frappé de son énorme variabilité. Chez un même cas, il peut apparaître un jour et faire défaut le lendemain. Dans un même groupe pathologique, il varie d'un cas à l'autre, soit dans ses formes, soit dans sa fréquence : tantôt le gros orteil s'étend rapidement pour reprendre bientôt sa position de départ, tantôt, il s'étend lentement ou par à-coups, tantôt l'extension est précédée d'une légère flexion, etc. Dans certains cas le signe de B. cesse d'apparaître lorsqu'on répète 10 ou 15 fois les excitations ; sa fatigabilité est des plus variables.

Cette variabilité des réponses à une même excitation nous oblige à admettre qu'il n'y a pas de relation directe entre l'excitation et la réaction, mais une relation indirecte : *entre l'excitation et la réaction s'interpose l'organisme.* L'excitation locale provoque une modification de tout l'organisme du sujet, ce qui permet précisément d'autres modes de réaction aux excitations consécutives. Dès lors, si l'on veut étudier l'organisme à l'aide du réflexe plantaire, il devient nécessaire de rechercher ce réflexe non seulement une fois, mais plusieurs fois de suite, en notant exactement chaque réaction.

2° *Sa sensibilité.* — Dans son rapport, M. Tournay cite la sensibilité excessive du Babinski à l'action du chloroforme, il rappelle les recherches de M. Minkowski qui insiste sur la sensibilité du signe de B. au cours du développement des voies nerveuses. Nos propres recherches nous ont permis de nous rendre compte que *l'extension du gros orteil est de toutes les réactions plantaires la plus sensible et la plus variable;* sa fréquence augmente plus rapidement que celle de toutes les autres réactions, lorsque la réflectivité du bébé se développe. Cette réaction est aussi la première à disparaître dès que la réflectivité générale diminue. A l'opposé de l'extension du gros orteil, se trouve le mouvement dû aux muscles interosseux qui de toutes les réactions est la plus constante et la moins variable.

3° *Ses relations avec les autres réactions.* — Il est très rare de rencontrer l'extension du gros orteil sans aucune autre réaction plantaire concomitante. Le signe de B. s'accompagne presque toujours d'écartement ou d'extension des orteils, ou encore de flexion du pied sur la jambe, ou au contraire d'extension forcée de tout le membre inférieur excité.

L'étude de ces relations entre le signe de B. et toutes les réactions plantaires est des plus fertiles. Nombre d'auteurs ont déjà abordé ce sujet, en étudiant la relation entre le signe de B., et le phénomène de retrait de la jambe (par exemple Marie et Foix).

Pour nous, ce *problème des corrélations* est le problème essentiel de toute recherche. Certes, chaque réaction a son individualité propre, sa façon particulière de se comporter dans les cas normaux ou pathologiques, mais en même temps, elle est intimement liée aux réactions concomitantes ; c'est à ces

dernières qu'elle doit le caractère particulier que nous notons. Chaque réaction a son influence sur toutes les autres et lorsque, au cours du développement ontogénique, le signe de B. disparaît, les autres réactions plantaires nous donnent encore d'utiles indications. Elles ont chacune leur signification spéciale. Le *phénomène de défense,* par exemple, vient en premier rang après le signe de B. pour sa variabilité, sa sensibilité et son évolution particulière au cours du développement.

Nous devons donc admettre que le *Signe de B. n'est qu'un des éléments d'un ensemble de réactions variables et interdépendantes.* En le considérant et l'étudiant comme tel, nous parviendrons à mieux connaître le réflexe plantaire et les manifestations qui le caractérisent, nous pourrons mieux établir la physiologie et la valeur sémiologique de chacune d'elles, nous serons ainsi à même d'étendre toujours davantage la portée déjà si vaste de la géniale découverte de Babinski.

M. Henri Roger (de Marseille). — Voici 30 ans que Babinski, avec sa concision coutumière, a décrit dans quelques lignes inoubliables à la Société de biologie, le petit signe de l'extension des orteils qui, depuis lors, a fait le tour du monde. Après avoir, au cours de ce périple, tiré d'embarras, dans bien des cas de diagnostic difficile, des milliers de médecins, il nous revient à Genève, enrichi par la consécration du temps, sous la forme d'un élégant rapport dû à la plume autorisée de notre collègue Tournay.

Ce travail est à la fois concis, clair et pratique. Aussi ne saurions-nous adresser trop d'éloges au rapporteur qui, dans la partie consacrée au mécanisme du signe de Babinski, a fait œuvre vraiment originale.

Ayant nous-mêmes eu l'occasion de consacrer quelques travaux (1) récents à ce signe, qu'il nous soit permis d'exposer quelques réflexions en marge de ce rapport, d'étudier quelques points de détail qui n'ont certainement pas été négligés par Tournay, mais que la place, à lui réservée, ne lui a pas permis de développer plus longuement.

---

(1) Signe de Babinski et réflexe cutané plantaire normal : modes de recherche et caractères cliniques. *Sud. Méd. et Chir.*, 15 février 1926, p. 105-117. — Valeur sémiologique du signe de Babinski. *Gaz. des Hôp.*, 8 mai 1926, p. 597-606. — Physiologie pathologique du signe de Babinski. *Marseille méd.*, 15 juin 1926, p. 954-920.

La valeur d'un signe de Babinski légitime est telle, qu'il faut s'entourer des meilleures précautions pour sa *recherche.* Tous les neurologistes savent scruter correctement le Babinski, mais on voit pas mal de praticiens qui ne se mettent pas toujours dans des conditions adéquates. D'une façon générale, l'excitation de la région plantaire externe doit être légère, superficielle, non douloureuse. Le degré de l'excitation dépend de l'irritabilité plantaire. Combien de patience, de doigté et de talent persuasif il faut chez les individus particulièrement chatouilleux pour obtenir une réponse qui ne soit pas trop exubérante. Chez les campagnards et encore plus chez les nègres à semelle plantaire cornée, il faut une excitation plus profonde, ou parfois une série d'excitations seules susceptibles, par leur sommation, de provoquer le réflexe.

Quelle est la meilleure position à donner au malade ? Décubitus dorsal, jambes très légèrement fléchies, se croisant en X l'une par-dessus l'autre. Comme pour l'exagération des réflexes tendineux, il nous arrive souvent de faire marcher le malade ou de lui faire exécuter des mouvements des membres inférieurs pour renforcer le réflexe. Si, en outre, on a soin de le rechercher en hiver sur un pied déjà réchauffé et en été sur un pied asséché de sa sueur, on aura les meilleures chances de le déceler, s'il existe.

Tout le monde sait qu'il faut être patient, aussi patient peut-être que le malade qui n'aime pas ces grattages successifs du pied. Chez des malades chroniques, dont la lésion paraît cependant fixée, on provoque à certains jours à chaque coup, l'extension du gros orteil, alors que d'autres jours, en employant apparemment les mêmes méthodes, on n'obtient que la flexion plantaire ou le silence du gros orteil. Il est, en dehors des conditions déjà citées, des facteurs impondérables qui masquent parfois le réflexe pathologique et qu'il serait utile de connaître.

Un point de détail qui a cependant son importance, est la valeur qu'il faut accorder à certaines extensions du gros orteil qu'on n'obtient à l'état de simple ébauche une fois seulement au cours d'examens répétés. S'agit-il d'un Babinski légitime ? N'est-ce pas un mouvement volontaire du gros orteil qui a coïncidé avec l'excitation plantaire ? Il nous est arrivé à tous d'hésiter. L'évolution des cas dans lesquels, à un moment

donné, nous avons été amené à inscrire l'observation « *Babinski douteux* », nous a montré que le plus souvent, il y avait des perturbations pyramidales.

C'est avec juste raison que M. Tournay n'a pas étudié *l'extension de la zone réflexogène dans certains cas.* Cette discussion aurait pu l'entraîner trop loin. N'aurait-il pas fallu discuter en détail toute la question des équivalents, des succédanés du signe de Babinski ? Si les signes de Schœfer, Gordon, Oppenheim se traduisent par l'extension du gros orteil, ce serait, d'après certains auteurs, en raison de l'excitation de la peau des régions achilléennes, du mollet, du tibia. Plus curieux sont les cas signalés par Babinski, par Guillain et Dubois, où l'excitation de toute la surface cutanée du corps, y compris la face, provoque l'extension du gros orteil. Combien plus singulier encore le cas de Russetzky, où l'excitation des muqueuses anale, buccale, conjonctivale provoque ce signe.

Tout le monde est d'accord, à l'heure actuelle, pour reconnaître comme quasi absolue, la *valeur séméiologique* du signe de Babinski. A l'occasion d'un travail récent, je n'ai retrouvé dans la littérature, aucune observation vraiment probante où elle soit contestable. Il existe bien quelques cas anciens observés dans la névrose. Nous-mêmes avions, il y a une vingtaine d'années, observé un Babinski légitime au cours d'une chorée atypique qu'on qualifiait d'hystérique: il s'agissait selon toute vraisemblance d'encéphalite épidémique, maladie alors inconnue.

Une mention spéciale doit être réservée au *signe de Babinski dans les lésions périphériques.* Dans certains cas où il n'y a pas l'ombre d'une perturbation pyramidale, l'extension du gros orteil répond au chatouillement plantaire, parce que les muscles ou les nerfs fléchisseurs des orteils sont profondément atteints, alors que les extenseurs sont conservés : tel est le cas de certaines polynévrites, de quelques myopathies ou même de poliomyélites se traduisant par une atrophie des muscles plantaires, avec griffe, pied-creux, de paralysies du crural, comme nous l'avons montré avec Sicard. Réserve faite pour ces cas exceptionnels, je ne crois pas qu'il faille étendre outre mesure le domaine du Babinski d'origine périphérique.

Pour ma part, je suis tout à fait de l'avis de Léri qui, dans la poliomyélite, rattache le signe de Babinski beaucoup plus

souvent à une extension du processus infectieux au faisceau pyramidal. J'ai constaté ce signe alors que l'atrophie ou la réaction de dégénérescence ne prédominait nullement dans les fléchisseurs. De même, dans des cas de myopathie, il nous paraît plus plausible, comme nous l'enseignons depuis longtemps, d'admettre, à côté des lésions musculaires, des lésions du système nerveux central constatées d'ailleurs cliniquement ou histologiquement par beaucoup d'auteurs.

A titre de curiosité je dois signaler 3 cas où, au cours d'un syndrome de claudication intermittente par artérite périphérique, j'ai constaté, d'une façon passagère, le signe de Babinski. S'agit-il d'un mécanisme périphérique par troubles vasculaires des fléchisseurs ou d'une association de claudication intermittente médullaire : je ne saurais conclure.

J'en viens à la question la plus intéressante à coup sûr du rapport de Tournay, à la *physiologie pathologique*.

Réflexe cutané, se rencontrant surtout dans les lésions qui s'accompagnent d'exagération des réflexes tendineux, réflexe normal chez le tout jeune enfant et uniquement pathologique à partir de la 2e ou la 3e année, réflexe pathologique en extension inverse d'un réflexe normal en flexion, mais ne pouvant être assimilé à un réflexe inversé (puisque chez le même individu les deux réflexes peuvent coexister) : tout autant de faits en apparence paradoxaux, qui compliquent singulièrement le problème de son mécanisme.

Bien des auteurs se sont essayés à l'expliquer. Il faut avouer que peu y ont réussi complètement. Certains situent le centre du réflexe pathologique dans la moelle ; d'autres dans le cerveau. M. Tournay a particulièrement insisté sur un facteur extra-pyramidal qui paraît entrer en ligne de compte ; car, certains cas de suppression du signe de Babinski au cours d'affections pyramidales avérées ont pu être mises sur le compte de lésions de la couche optique. Le système extra-pyramidal, trop négligé jusqu'ici, est à l'heure actuelle à l'honneur. Dans quelque temps peut-être, y aura-t-il une réaction contre un engouement trop exagéré. Les faits, tels que M. Tournay les a signalés, resteront.

Quoi qu'il en soit, je ne saurais en terminant, après avoir renouvelé mes félicitations au rapporteur, rendre un hommage trop ému à celui qui, à l'heure actuelle, domine de sa haute valeur la neurologie française, qui nous a dotés, à côté

de tant d'autres épreuves merveilleuses, d'un élégant petit signe de tant d'utilité et que nous regrettons tous de ne pas avoir aujourd'hui parmi nous.

M. Courbon. — La constatation du signe de Babinski chez un malade mental ne présentant aucun autre signe physique peut être d'un grand secours pour le psychiatre.

1° Au cours d'une crise convulsive, son apparition permet de découvrir l'épilepsie, là où on ne la soupçonnait pas. Cela peut avoir une importance médico-légale énorme, s'il s'agit d'un criminel qui a accompli son crime dans un état d'absence.

2° Au cours d'un accès de confusion mentale, le signe de Babinski indique que cette confusion mentale a une origine toxique, et il sert d'indication à une thérapeutique de désintoxication.

3° Enfin, le signe de Babinski forme avec la paratonie (impossibilité de mettre ses muscles en résolution immédiate au commandement) et la syncinésie (impossibilité d'exécuter isolément certains mouvements, comme la fermeture d'un seul œil), le syndrome auquel Dupré a donné le nom de débilité motrice. Or, débilité mentale et débilité motrice étant très souvent associées, la constatation du signe de Babinski pourra faire penser à la nature constitutionnelle de la maladie mentale.

Mais il ne faudra pas se hâter de conclure car, d'une part, la débilité motrice peut coexister avec une supériorité mentale incontestable, et d'autre part, le signe de Babinski peut apparaître dans la démence précoce, maladie acquise.

En résumé: quelle que soit la valeur du secours apporté par la neurologie, en matière psychiatrique, c'est l'observation clinique qui a toujours le dernier mot. Ce que disait Dupré de la paralysie générale, est vrai pour toutes les maladies mentales: le diagnostic en est psychologique.

M. Minkowski (de Zurich). — Je félicite très sincèrement M. *Tournay* de son magistral rapport. En le lisant et en l'écoutant, j'ai été heureux de constater que M. *Tournay* a développé une conception du signe de Babinski, de ses caractéristiques, de son mécanisme et de sa signification, toute

basée sur l'histoire du développement, sur l'anatomie et la physiologie de ce réflexe, sur sa biologie en un mot, en *analysant les phénomènes cliniques à la lumière des données biologiques*. C'est cette *méthode, génétique* et *bio-clinique*, liée aux noms des grands maîtres de la neurologie moderne, tels que *Hughlings Jackson, Charcot, de Monakow*, que j'ai suivie dans mes propres travaux, tout particulièrement ceux consacrés à l'étude des mouvements et des réflexes du fœtus humain, notamment aussi du réflexe plantaire et du signe de Babinski (qui jouent, depuis la grande découverte de *Babinski*, un si grand rôle dans la sémiologie et la clinique des affections du système nerveux) ; c'est elle qui nous a permis de réaliser un important progrès et une vaste synthèse bio-clinique dans ce domaine. Tout porte à croire qu'elle en réalisera bien d'autres encore, en neurologie comme en psychiatrie ; du moins, c'est l'impression générale que la discussion sur la schizophrénie à ce Congrès me paraît avoir suscitée, que seule une synthèse intime de données cliniques, anatomo-pathologiques et biologiques, qui tient également compte de facteurs constitutionnels et héréditaires, peut avancer et approfondir l'analyse et la compréhension de phénomènes morbides, comme du reste aussi de phénomènes normaux.

Cependant, tout en reconnaissant la méthode bio-génétique, comme une méthode de choix pour pénétrer dans l'essence de phénomènes morbides, il faut toujours rester conscient de ses limites et se garder de les dépasser. C'est que, *entre un symptôme pathologique et son prototype physiologique, le plus rapproché qui soit, il existe toujours un certain degré d'incongruence*. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, entre la moelle du fœtus de 2 à 4 mois, indépendante physiologiquement des parties supérieures du névraxe, et la moelle adulte, isolée de ces parties par une section totale, il y a une différence anatomique et fonctionnelle profonde. Dans la première, pleine de vie et de promesses, — irradiation presque illimitée des excitations et des réflexes, réflexe plantaire en flexion ou en extension, mais rapide, entraînant plus ou moins l'ensemble des orteils, se propageant souvent à l'extrémité toute entière; dans la deuxième, invalide, délaissée et déroutée, — conductibilité extrêmement restreinte, réflexe plantaire en flexion le plus souvent, mais lent (*Guillain* et *Barré*), indolent, isolé, à période de latence prolongée, à zones réflexogènes parfois

séparées pour chaque orteil, c'est-à-dire avec une *fragmentation du phénomène normal.*

Quelle que soit aussi la portée clinique du signe de Babinski, il possède également des limites plutôt étroites, en tant qu'il s'agit du phénomène isolé, puisque son existence, par elle-même, ne nous permet pas de décider s'il s'agit d'une affection légère de la voie pyramidale ou d'une section grave ou même totale de la moelle. Ici, comme ailleurs, ce n'est que *l'ensemble des phénomènes cliniques* (dans le domaine des réflexes, de la motilité, de la sensibilité, etc.), *ainsi que des conditions générales de l'organisme, qui nous rend possible de préciser notre diagnostic par rapport au caractère, à la localisation et à l'étendue de la lésion et de poser, avec quelque fondement, un pronostic.* Encore qu'un tableau clinique, même complet, de l'état du malade à un moment donné de son affection (par exemple, une lésion traumatique de la moelle), un instantané neurologique, parfait, peut être insuffisant à ce point de vue et seule *l'évolution du tableau clinique dans le temps* peut être en état de fournir des indications satisfaisantes (de diagnostic, de localisation et de pronostic). C'est ainsi que, dans un premier travail sur le réflexe plantaire (1), j'ai esquissé les modalités, progressive ou régressive, de l'évolution de ce réflexe surtout après des lésions transversales de la moelle, comme indices de l'évolution générale de la lésion.

Encore une remarque particulière. Je suis parfaitement d'accord avec M. *Tournay* qu'il existe un *facteur ou des facteurs non pyramidaux,* dont dépend le signe de Babinski. Mais, et c'est une objection que je n'adresse pas personnellement à M. *Tournay,* mais qui se rapporte à la terminologie courante en neurologie, que faut-il entendre sous le terme de « voies extra-pyramidales » ? S'agit-il de l'ensemble des voies motrices à l'exception de la voie pyramidale ? Mais alors le neurone moteur périphérique, constitué par les grandes cellules motrices des cornes antérieures et le nerf moteur et se trouvant au-dessous du neurone central pyramidal appartiendrait aussi au système extra-pyramidal ; d'autre part, les voies corticopontines et particulièrement fronto-pontines, d'un ordre tout différent, d'un développement plus tardif que la voie pyramidale et d'un niveau supérieur à celle-ci, y appartiendraient

(1) Minkowski. — Zur Entwicklungsgeschichte, Lokalisation und Klinik des Fussahlenreflexes. *Schweizer Archiv. fur Neurol. und Psych., 13,* 1926.

également. On voit donc que le *terme « extra-pyramidal » est bien vaste et vague et ne se prête que trop facilement à des malentendus.* Il vaudrait peut-être mieux parler de voies sous-corticales, car ainsi, on éliminerait du moins, le neurone moteur périphérique d'un côté, et les neurones centraux d'origine corticale (y compris la voie pyramidale) de l'autre; et il faudrait préciser autant que possible, en ajoutant s'il s'agit de voies sous-corticales d'origine tegmentale, mésocéphalique, striée ou autre. Ainsi, pour la production du signe de Babinski, il s'agit bien d'une participation nécessaire de voies sous-corticales, comme je vais le développer tout à l'heure dans une communication spéciale sur l'évolution et la localisation du réflexe plantaire au cours de son développement fœtal et infantile, mais de facteurs sous-corticaux d'origine tegmentale tout d'abord, d'origine rubrique, pallidale et autre plus tard. C'est donc, comme le fait observer justement M. *Tournay,* l'affection de ce système sous-cortical ou de l'un de ses chaînons, qui peut faire disparaître un signe de Babinski, qui avait été déclenché, auparavant, par une affection de la voie pyramidale.

Pour terminer, je tiens à adresser un hommage de profonde reconnaissance à M. *Babinski,* que je regrette de ne pas voir parmi nous, au sujet de sa brillante découverte, qui nous a fourni un point d'appui si solide en neurologie et qui a suscité tant de recherches. Je tiens à remercier également M. *Tournay,* qui a su donner un si bel élan et une si vaste envergure à son rapport. Il est bien de nature à nous démontrer que, seule la collaboration intense de chercheurs nombreux, représentant des idées, des moyens d'investigation et des méthodes de travail différentes — de cliniciens, de physiologistes, de naturalistes, peut nous avancer dans notre science, car nul n'est assez puissant pour embrasser l'ensemble des phénomènes en question. Et même ce travail réuni, celui d'une génération toute entière, n'est en somme qu'un chaînon et une contribution modeste au patrimoine scientifique acquis par des générations passées, et un élément nouveau pour le travail de générations futures. Et ce n'est qu'ainsi, pas à pas, par un effort uni et continu, que nous parvenons à soulever un peu le voile mysterieux des grands phénomènes de la vie, dont nous faisons partie nous-mêmes et auxquels nous assistons tous émerveillés!

M. J.-A. BARRÉ (de Strasbourg). — L'auteur ajoute aux formes connues du signe de Babinski le *type clonique,* qui coïncide généralement avec une forte exaltation des réflexes tendineux, mais peut exister indépendamment d'elle.

Il étudie ensuite les variations que peut imprimer aux réflexes plantaires, leur recherche dans la *position ventrale.* Souvent, le réflexe cutané plantaire normal, masqué par le phénomène des orteils, réapparaît. A l'état pathologique la position dorsale est favorable au signe de Babinski, tandis que la position ventrale est favorable au réflexe cutané plantaire normal.

Les variations dans le sens du mouvement réflexe du gros orteil, sont probablement dues à des modifications dans l'état de tonicité des différents muscles de la gauche et du pied sous l'influence des réflexes d'attitude : Il semble que la mise en position ventrale change l'équilibre des forces respectives de flexion et d'extension du gros orteil.

L'auteur a observé un curieux cas de *disparition complète du phénomène des orteils* à la suite de la médication par le phlogétan, dans un cas de paraplégie organique de type mixte (avec association de phénomènes irritatifs et déficitaires).

Relativement à la cause et au mécanisme central du phénomène des orteils, l'A. croit qu'il traduit l'irritation du faisceau pyramidal et non l'inhibition de sa fonction. Je pense que certaines *lésions pyramidales réelles,* mais *non irritatives,* peuvent ne pas s'accompagner du signe de Babinski, sans qu'il faille faire intervenir l'adjonction d'une lésion des voies extra-pyramidales. Mais il est d'accord avec M. Tournay, pour accorder aux lésions de ces voies un rôle d'arrêt sur le phénomène des orteils.

En recherchant les bases du *conditionnement périphérique de ce phénomène,* l'A. a noté que la force d'extension volontaire du gros orteil est plus grande que la force de flexion, dans la majorité des cas où existe le signe de Babinski ; c'est le contraire à l'état normal.

Le signe de Babinski, signe précieux, dont la recherche est souvent délicate, n'avait jusqu'ici de valeur que lorsqu'il était positif ; les travaux récents et ceux de Tournay en particulier, mèneront peut-être à donner une certaine signification à son absence, en cas de lésion pyramidale: ce sera un nouvel enrichissement de la séméiologie nerveuse.

M. VAN DEN SCHEER (de Santpoort). — J'ai lu avec un vif intérêt le remarquable rapport de M. Tournay et je me proposai de dire quelques mots, à propos d'une lacune dans son rapport, mais le rapporteur lui-même a déjà indiqué cette lacune, c'est-à-dire l'absence du signe de Babinski dans certains cas des lésions de l'écorce cérébrale. Permettez-moi de faire quelques observations sur ce point. Au Congrès international de Psychiatrie et de Neurologie d'Amsterdam, en 1907, *Bychowski* a communiqué une note dans laquelle il dit avoir observé, au cours de certaines affections *superficielles* de l'écorce motrice, une hémiplégie spasmodique avec absence du signe de Babinski. En 1909, j'ai communiqué deux cas de pachyméningite hémorragique cérébrale dans lesquels, par suite d'un hématome subdural, il y avait une hémiplégie spasmodique, avec absence du signe de Babinski. En 1911, j'ai publié quelques cas de l'hématome subdural traumatique avec hémiplégie et absence du signe de Babinski. En 1913, j'ai fait une communication sur ce point, dans le *Zeitschrift für die gesammte Neurologie,* dans laquelle j'ai défendu la conclusion suivante : L'absence du signe de Babinski, dans des cas d'apoplexie cérébrale avec hémiplégie spasmodique, indique une lésion superficielle de l'écorce motrice.

Depuis cette communication, nous avons pu constater dans plusieurs cas, la grande signification de la conclusion ci-dessus et dans les cliniques à Amsterdam et à Utrecht, on considère l'absence du signe de Babinki, dans ces cas hémiplégiques, comme d'une importance extraordinaire pour le diagnostic différentiel entre les lésions superficielles de l'écorce cérébrale et les lésions du faisceau pyramidal.

M. H. BRUNSCHWEILER (de Lausanne). — Après avoir vu, dans cet exposé magistral, comment évolue le réflexe plantaire, en rapport avec la réflectivité générale, nous pouvons dire, qu'en clinique, les choses se passent, en principe, en sens inverse. Nous voyons, dans maints états pathologiques, au cours de l'évolution de la maladie, la zone réflexogène s'étendre, et en même temps, la réflectivité se généraliser. On peut dire que dans ces cas (où le faisceau pyramidal est toujours impliqué), la lésion fait, en quelque sorte, reculer les fonctions centrales de la motricité au stade des 3[e] au 6[e] mois de l'enfance, où la

réflectivité n'est donc encore ni localisée ni spécialisée. C'est, comme nous disons communément, l'état d'hyperréflectivité.

Je me permets de rappeler que M. Babinski nous a montré, qu'il existe différentes sortes d'hyperréflectivité : une hyperexcitabilité tendinéo-réflexe et une hyperexcitabilité cutanéo-réflexe. Et faut-il ajouter peut-être, la surreflectivité hyperalgésique ?

En tout cas, en ce qui concerne les deux premières sortes d'hyperexcitabilité, le faisceau pyramidal a, jusqu'à présent, toujours été incriminé. D'un autre côté, il va sans dire que ces deux phénomènes réflexes doivent avoir pour base deux arcs réflexes différents, et que la pyramide fait partie de l'un et de l'autre de ces arcs.

La différence de ces arcs réside donc dans les voies *afférentes*, l'une étant plutôt proprio-ceptive et l'autre surtout extéro-ceptive, ou, plus généralement, noci-ceptive.

La voie pyramidale étant donc quasi le chemin commun (commonpath) pour les deux arcs réflexes respectifs de ces deux phénomènes réflexes, il est vraisemblable que la différence de ces phénomènes puisse être une conséquence de la nature particulière des branches afférentes, et non pas seulement une conséquence des variations de lésion de ce faisceau.

Ce qui est évidemment frappant, c'est que l'on trouve le réflexe de Babinski en extension dans les deux formes d'hyperréflectivité, et c'est bien cela qui fait l'inestimable valeur séméiologique de ce réflexe. Mais il y a ces cas exceptionnels si troublants, dans lesquels la lésion pyramidale paraît certaine, et où, cependant, le réflexe de Babinski se fait en flexion, comme par exemple, dans la grande majorité des cas de sclérose latérale amyotrophique.

Je voudrais demander à M. Tournay si, sous le terme de « voies extra-pyramidales » il ne vise que des voies *efférentes* autres que le faisceau pyramidal, ou bien s'il tient compte aussi de toutes les voies *afférentes* qui peuvent aussi participer à ce réflexe. Car, la branche afférente est tout au moins complexe, peut-être déjà au niveau médullaire, et il ne paraît pas impossible que la forme du réflexe plantaire puisse dépendre d'une perturbation de la fonction de la branche afférente elle-même.

Ce qui m'a fait penser à cela, c'est la coexistence de *l'abolition* (presque constante dans toutes les lésions du fais-

ceau pyramidal) des réflexes cutanés abdominaux et crémastériens, et de la *présence* du réflexe de Babinski en extension. Ceci, contrastant si étonnamment avec la conservation des réflexes cutanés abdominaux et crémastériens, et le réflexe plantaire, si souvent en flexion, que nous trouvons dans les lésions transverses de la moelle. Et, dans l'hémi-section spinale, nous avons (comme dans les lésions banales du faisceau pyramidal), abolition des réflexes cutanés abdominaux et crémastériens et réflexe de Babinski en extension. Mais, ici, nous avons, en plus, de *l'hyperesthésie.*

N'y a-t-il pas là, et surtout dans cette hyperesthésie, bien des arguments qui attirent notre attention sur la valeur possible de la participation de la branche afférente, dans certaines particularités du réflexe de Babinski ?

Je pense, bien entendu, à l'arc réflexe supérieur et non pas à l'arc élémentaire.

M. Tournay, *rapporteur*

Je suis d'accord avec M. Laignel-Lavastine sur les diverses remarques qu'il a présentées et, en ce qui concerne notamment les cas de poliomyélite, il sait que j'ai participé à cette discussion à la Société de Neurologie de Paris, avec observation personnelle à l'appui.

J'ai saisi toute l'importance et toute la valeur des travaux de M. Bersot et j'estime qu'il y a le plus grand intérêt, tout en maintenant au signe de Babinski son intégrale signification, à élargir le champ de nos enquêtes sur les corrélations et variations, pour en mieux pénétrer le mécanisme.

Les réflexions de M. Roger doivent retenir l'attention des cliniciens et l'on ne saurait trop, comme il le dit, prendre garde, en renouvelant les examens, à l'avenir des malades qui présentent au premier abord des réactions douteuses.

Il est certain, comme l'indique très justement M. Courbon, que la rencontre du signe de Babinski, au cours d'états d'origine toxique peut, dans la clinique neuro-psychiatrique, être d'un grand intérêt.

M. Minkowski, dont j'ai apprécié à leur grande valeur les importants travaux, doit nous apporter les précisions indispensables sur le contingent de voies non pyramidales, qui

participe aux facteurs d'extension supra-spinale. Nous lui en serons tous reconnaissants.

Je me raccorde aux importantes remarques présentées par M. Barré par ce membre de phrase de mon rapport (page 24) : « Tout en admettant que sur une même voie peuvent coexister ou interférer des phénomènes d'irritation et des phénomènes de déficit... »

Je remercie vivement M. Van der Scheer de la gracieuse indulgence avec laquelle il a bien voulu combler la lacune que je venais de signaler dans mon rapport. Ayant eu le grand honneur d'être accueilli au cours d'un voyage d'étude par les maîtres de la neurologie à Amsterdam et à Utrecht, je ne saurais commettre une négligence à l'égard de leurs importants travaux.

Je crois que M. Brunschweiler a raison de vouloir que, dans l'étude qui reste à poursuivre des mécanismes, centres et voies dont, pour être favorisé, empêché, modifié, le signe de Babinski subit l'influence, on réserve une place aux voies afférentes centrales.

Et, maintenant, mon rapport est déjà le passé. J'espère et je salue d'avance les progrès que nous relatera un jour un jeune et nouveau rapporteur.

3me RAPPORT

ASSISTANCE

LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES MENTALES PAR LE TRAVAIL

RAPPORTEURS : **MM. le Prof. LADAME (de Genève)**

et G. DEMAY (de Clermont)

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Les rapporteurs estiment qu'une réglementation uniforme et rigide serait fatale à l'institution du travail thérapeutique. L'initiative individuelle, l'ingéniosité personnelle, l'autonomie la plus large, telles doivent être les lois qui président à l'organisation de cette thérapeutique par le travail.

Il est toutefois un certain nombre de principes généraux qui méritent d'être pris en considération et parmi lesquels on peut retenir les suivants :

L'organisation du travail des malades dans les asiles, quelle qu'en soit la nature, est d'ordre strictement médical.

Le contrôle de tout ce qui concerne les occupations des malades : distribution du travail, répartition des malades, attributions du personnel, est également d'ordre strictement médical.

Pour que ce contrôle puisse s'exercer efficacement, il est nécessaire, d'une part que les malades confiés à un seul médecin, ne soient pas trop nombreux, d'autre part que le lieu où ils travaillent ne soit pas, en raison de son éloignement de l'asile, un obstacle à une visite médicale régulière.

Si le succès de la thérapeutique par le travail dépend, en première ligne, de l'action personnelle du médecin, il dépend aussi, et dans une large mesure, de la qualité du personnel. Dans la formation professionnelle des infirmiers qui, malheureusement, est loin d'être partout réalisée en France en raison des difficultés du recrutement, une part importante doit être faite à un enseignement sur le travail thérapeutique, son caractère particulier et la collaboration effective du personnel.

La variété des occupations mises à la disposition des malades, constitue un autre facteur de succès. A côté du travail agricole et du travail exécuté dans les ateliers généraux, l'organisation de petits ateliers multiples à l'intérieur même des quartiers de traitement, permet d'occuper un bien plus grand nombre de malades, en particulier ceux qui présentent des réactions dangereuses, et cela, au prix de quelques précautions faciles à réaliser.

L'ordinaire des malades devant être suffisant, les extra nourriture sont une simple compensation physiologique à la dépense musculaire ou intellectuelle, et sont distincts du pécule. Celui-ci doit récompenser bien plutôt l'effort fait par le malade que la somme de travail effectif obtenue, et il doit rester à la libre disposition du malade.

La possibilité d'accidents rend souhaitable un régime spécial d'assurance en faveur des malades travailleurs. L'administration des asiles se doit de leur fournir, à cet égard, toutes garanties et de trouver une solution équitable.

Quelle que puisse être l'importance du travail-rendement, le travail-traitement doit rester la préoccupation essentielle du médecin d'asile. Non seulement cette thérapeutique exerce, dans nombre de cas, une influence heureuse sur l'évolution des psychoses, mais elle transforme l'aspect général des asiles, en y faisant régner l'ordre et la tranquillité.

La thérapeutique par le travail est la pierre d'angle du grand édifice consacré à l'assistance des aliénés et à l'hygiène mentale.

DISCUSSION

M. le Dr BRISSOT (de Rouffach). — M. le Dr Brissot étudie les conditions du travail dans les asiles. Il considère que le travail organisé à peu près d'une façon exclusive est celui des aliénés chroniques. Mais les occupations auxquelles sont astreints ces malades n'ont en vue, le plus souvent, que le rendement qui, nous devons le constater, est assez minime. D'autre part, les aliénés chroniques qui travaillent en liberté, ne sont pas l'objet d'une surveillance suffisamment efficace et il y a lieu de craindre que des accidents graves ne se produisent de temps en temps.

La meilleure thérapeutique par le travail serait celle qui serait appliquée par équipes et surtout, dans et à proximité des pavillons. Ces conditions sont, d'ailleurs, indispensables, chez les malades aigus. L'emploi des aliénés dans l'exploitation agricole, doit être soumis à des règles très précises. Somme toute, les questions soulevées par le travail des malades dans un asile doivent trouver leur solution dans une bonne organisation du personnel de surveillance, qui doit être nombreux, intelligent et dévoué, donc dans des ressources suffisantes pour organiser ce travail.

En second lieu, à propos des accidents du travail dont peuvent être victimes les aliénés, ou des accidents qu'ils peuvent occasionner, le Dr Brissot signale qu'en Alsace la réglementation apportée par les assurances sociales couvre d'une *façon complète* la responsabilité civile des médecins (médecins-chefs, médecins-directeur) et du personnel, lorsqu'une action judiciaire est intentée au civil dans un cas d'accident du travail ou d'accident quelconque.

M. le Pr A. MARIE (de Paris). — Messieurs, à propos du travail-traitement en psychiatrie, je crois devoir apporter quelques observations à l'occasion de la belle étude de MM. Ladame et Demay. Ils ont cité la création dans la Seine de la Colonie agricole de Chezal-Benoit (Cher), dont je suis l'instigateur. Il y a 20 ans, elle fut prévue en raison de la difficulté, marquée à l'époque, de trouver des places en Province pour les chroniques de la Seine ne relevant pas de l'Assistance familiale que j'avais créée pour Paris en 1891 à Dun. On objectait que le

Parisien, n'étant pas homme des champs, ne pouvait s'adapter au retour à la terre. Or en 1891, précisément, pour recruter les malades colonisables en famille, j'avais été très frappé de voir dans les asiles de l'Ouest, partout, les meilleurs travailleurs agricoles des asiles ruraux, être de vieux malades de la Seine, évacués pour beaucoup, lors de la guerre de 1870-71 et de l'investissement de Paris. Le Parisien était donc, même aliéné chronique, susceptible de réadaptation à la terre. D'autre part, le Parisien de Paris est rare à l'asile où abondent les Parisiens de fraîche date (1 an et un jour), déracinés de la terre, et souvent déséquilibrés mentaux et physiques de ce fait.

La colonie de travail agricole est donc justifiée, même pour les aliénés urbains. Elle est la préférable, mais je conviens que l'adaptation industrielle par atelier de travail convient plutôt aux aliénés dangereux et criminels. Cependant, à Perth, j'ai décrit et visité, il y a 30 ans, l'asile Ecossais des aliénés délinquants dont certains travaillaient la terre et, chose curieuse, à cette époque du moins, ces aliénés criminels pouvaient sortir dans Perth « sur parole », à condition d'avoir un répondant en ville. Je ne sais s'il en est toujours ainsi et si cela a entraîné de graves inconvénients. J'ajouterai que, ayant eu le service en création des aliénés aigus de Ste-Anne durant 3 ans, je puis affirmer que les aigus convalescents donnent au moins autant de travailleurs utiles que les chroniques. Les ateliers et services de tous ordres ont toujours autant d'auxiliaires que lorsque nous avions beaucoup trop de chroniques à St-Anne. L'ergothérapie des convalescents est donc aussi nécessaire, si ce n'est plus, que celle des chroniques.

Avec de la persévérance je crois, comme nos collègues suisses, qu'il n'est pas de malades, même gâteux, qui ne soient susceptibles de quelque récupération ergothérapique utile et le travail est compatible même avec l'alitement.

Je voudrais ajouter combien je partage, avec les distingués rapporteurs, la préoccupation d'une mise au point du problème des responsabilités-accidents (assurance sociale ou autre solution).

Nous connaissons des accidents dont les responsabilités rejetées par les départements et l'administration sont douloureusement retombées sur des collègues et un jugement récent a failli entraver à Dun l'essor de l'Assistance familiale (en attribuant au nourricier d'une malade chronique, la responsa-

bilité d'un accident d'auto dû à une vache errant sur la route et que la malade n'avait pu maintenir).

Ce jugement fâcheux fut heureusement cassé en appel, il n'en démontre pas moins l'indécision juridique en ces matières, indécision dangereuse.

La formule de Damerow et Pætz, si bien appliquée en Suisse, « tout pour les malades et tout par les malades », était déjà celle des précurseurs de ce Congrès. En 1867, à Lyon, lors du Congrès Médical général, Falret et ses collègues mirent à l'ordre du jour, la question du travail et des fermes annexées aux asiles.

Mais la solution agricole de ce problème, nécessite un médecin en quelque sorte apôtre du système et secondé par une administration centrale ferme et par un personnel subalterne moins préoccupé de ses droits syndicaux et plus en communion d'altruisme avec ses médecins, que ne le sont certains infirmiers actuels.

M. VAN DER SCHEER (de Santpoort). — J'ai lu avec un intérêt soutenu le rapport de M. le Professeur Ladame et M. le Docteur Demay, et je tiens à leur exprimer toute mon admiration pour cette importante contribution à l'étude de la thérapeutique des maladies mentales par le travail.

S'il m'est permis de faire ici quelques observations, ce n'est pas pour exercer de la critique, mais parce que certaines parties de l'exposé des auteurs me semblent mériter d'être soulignées.

Je dois leur dire que je m'associe en général pleinement aux conclusions de leur rapport remarquable. Spécialement, je tiens à souligner la phrase « que l'initiative individuelle, l'autonomie la plus large doivent être les lois qui président à l'organisation de cette thérapeutique par le travail. Je remercie les rapporteurs de l'opinion élogieuse exprimée touchant le problème du pécule dans l'asile de Meerenberg en Hollande.

J'aimerais dire dans cette réunion, quelques mots à propos du problème du pécule.

Ce n'est pas seulement la rémunération du travail en jetons mais surtout la *combinaison* de deux choses.

Premièrement, de faire gagner aux malades quelque argent et secondement, de les mettre en état de dépenser cet argent

en achetant des choses utiles et agréables dans un magasin existant dans notre institution. Pour obtenir le plus grand effet du travail, les mêmes règles qui règnent dans la Société doivent être réalisées dans l'asile, c'est-à-dire, de pouvoir disposer du produit même de son travail.

La pensée psychologique, de faire ressembler autant que possible la vie de nos malades, dans l'asile, à la vie ordinaire dans la Société, doit être le principe général, qui est nécessaire pour obtenir une discipline et une régularisation des occupations indispensables.

Cette méthode de rémunération de nos malades, pratiquée depuis cinq ans dans notre asile, nous a donné des résultats presque incroyables, et je ne voudrais pas laisser passer l'occasion d'attirer l'attention spéciale de mes collègues sur ce point, parce que cette méthode d'organisation du travail est d'un double intérêt, pour les malades et pour les établissements.

M. Rayneau (de Fleury-les-Aubrais). — Il suffit de comparer les vieux asiles où les malades restent inactifs avec ceux dans lesquels le travail se trouve organisé, pour se convaincre de la supériorité du nouveau système.

Lorsque j'ai transféré à Fleury-les-Aubrais les malades qui étaient entassés jusque-là dans un vieux quartier d'hospice, pour les faire bénéficier de l'*open door* et d'une bonne organisation du travail, j'ai constaté immédiatement des résultats excellents. De vieux chroniques, à l'aspect lamentable et complètement gâteux, sont redevenus propres et se sont mis au travail ; très rapidement, leur santé générale est redevenue florissante. La proportion de nos travailleurs en 1925 a été de 50 0/0 chez les femmes et de 30 0/0 chez les hommes. On aurait pu faire beaucoup mieux, si j'avais rencontré plus de bonne volonté de la part de mes collaborateurs ou du personnel.

J'ai néanmoins organisé le travail à l'intérieur des divisions. C'est ainsi que dans une section de 55 agitées femmes, j'ai monté un atelier de fleurs artificielles. Vingt-cinq s'occupent à ce travail, la plupart, d'une façon constante, les autres, de façon intermittente ; cinq particulièrement violentes et insociables s'occupent toute la journée dans leur cellule dans

laquelle elles se cantonnent et d'où elles ne sortent que pour aller chercher ou reporter leur ouvrage. J'ai également aménagé, dans cette division une basse-cour où celles qui ne veulent ou ne peuvent pas faire de fleurs, s'adonnent à l'élevage des poules et des lapins. Nous avons récolté en 1925, 150 douzaines d'œufs qui ont été envoyés à la dépense ou consommés sur place. Une trentaine de poulets et autant de lapins ont été sacrifiés à la cuisine.

Chaque année, après la moisson, ces agitées vont glaner dans nos champs, ce qui a pour effet de les distraire ; elles ont ainsi récolté 1.500 kilos de grains l'année dernière, si bien que notre élevage ne coûte absolument rien. Le travail des fleurs rapporte environ 1.000 francs par mois. Grâce à cette organisation, l'état de nos agitées s'est ressenti de ces occupations qui les captivent ; une émulation extraordinaire s'est établie parmi elles. Le calme est revenu et alors qu'autrefois on ne pouvait pénétrer dans la division sans se trouver entouré de femmes criant et gesticulant, on est maintenant frappé de la tranquillité qui règne : la plupart continuent leurs occupations sans se livrer à la moindre manifestation.

Nos enfant anormaux sont également habitués à travailler au ménage, au jardinage, à la confection des sacs en papier, au travail des fleurs et des perles. Quelques-uns sont mis à la disposition de nos chefs d'atelier ou des maîtresses ouvrières qui leur apprennent un métier.

L'essentiel, c'est de trouver des occupations variées, à la portée de chaque catégorie de malades.

Enfin, il faut aussi rendre le travail obligatoire dans les pensionnats. Pour cela il est encore nécessaire de triompher des préjugés des familles, qui s'imaginent que les malades payants ne doivent pas être astreints à une occupation.

Pendant la guerre, j'avais à traiter un assez grand nombre d'officiers atteints de dépression mélancolique, de confusion mentale et même de véritables psychoses. Il m'était assez difficile de les obliger à travailler. J'ai tourné la difficulté en les astreignant chaque matin à faire une séance de culture physique sous la direction d'un caporal-infirmier, professeur de gymnastique dans le civil. J'ai pu obtenir aussi des résultats tout à fait intéressants, des améliorations et même des guérisons sûr lesquelles on n'aurait pas cru pouvoir compter aussi rapidement.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Deux points du remarquable rapport de MM. Ladame et Demay me semblent particulièrement intéressants à relever. C'est, tout d'abord, celui qui regarde la thérapeutique du travail appliquée aux enfants anormaux. Pour eux, l'enseignement purement pédagogique comme il est compris à peu près partout, est, non seulement un luxe, mais un danger. De cet enseignement, il ne subsiste rien, au bout de peu de temps et le sujet a perdu en vaines tentatives, des années qui auraient pu être employées à éduquer ses automotismes moteurs. L'enseignement professionnel doit être à la base de l'assistance des enfants anormaux. Il donnera de pleins fruits s'il remplit les trois conditions suivantes : être précoce, basée sur une bonne orientation professionnelle et enfin et surtout, organisé dans le sens du rendement pratique et social. Pour l'anormal, l'école doit être l'annexe de l'atelier et l'enseignemnt doit être subordonné à l'apprentissage.

Le deuxième point est d'un tout autre ordre. Il est tout à fait exact que les réactions sociales du sujet sont subordonnées, non au genre de maladie mentale dont il est atteint, mais à son caractère antérieur. A cet égard, l'éthiologie bien comprise est d'une importance capitale. Il y a des paralytiques généraux dangereux, comme il y a des paranoïaques inoffensifs et cette particularité repose uniquement sur leur coefficient caractériologique antérieur. Cette notion est primordiale si on veut tenter, à bon escient, une thérapeutique du travail et étendre, à un nombre aussi grand que possible de malades, les avantages qu'elle présente.

M. Donaggio (de Modène). — MM. Ladame et Demay ont attiré l'attention sur le fait que dans les asiles actuels, les ateliers sont relativement trop exigus. Voilà un point très important du problème de la thérapeutique par le travail. L'atelier dans lequel l'aliéné peut développer un travail à *type artisanal,* c'est-à-dire *complet,* est certainement d'une importance capitale dans la thérapeutique. Si ces ateliers sont exigus, c'est aussi à cause de la répercussion de l'organisation moderne du travail, qui est d'une façon prévalente mécanique. Le travail industriel moderne est *dissocié*; l'ouvrier n'est qu'un automate qui répète le même geste pour un temps indéfini, même pour des années ; il fait un vrai *exercice de dissocia-*

tion. Au contraire, le vrai travail est le travail à type artisanal, le travail *intégral*, qui établit un rapport étroit entre l'ouvrier et l'objet qu'il va créer. Non seulement pour les aliénés, mais aussi pour les normaux, le travail intégral a une énorme valeur pour la formation et l'hygiène de l'esprit. Etant donné le rapport entre les conditions générales du travail et l'application du travail dans les asiles, c'est très intéressant, même pour le traitement dans les asiles, d'observer le mouvement actuel, qui cherche à favoriser la renaissance de l'artisanat. Cette renaissance, qui contient des avantages à la fois spirituels et économiques, qui ne signifie nullement une diminution de l'activité de la grande industrie, parce qu'il s'agit de deux routes tout à fait diverses qui ne sont pas en contraste, est actuellement en marche en France, vous le savez : plus d'un siècle après l'abolition des corporations artisanales, la France a récemment reconnu l'importance de l'artisanat, avec la loi du 27 décembre 1923 pour l'institution du Crédit artisanal. L'Italie possède des institutions officielles très développées pour la renaissance de l'artisanat. Au point de vue scientifique, je me suis occupé de la renaissance de l'artisanat en Italie depuis 1922 (Congrès de médecine du travail, à Florence), et en 1924 j'ai fait un rapport officiel sur ce problème (Congrès de médecine du travail, à Venise). M. Brunati a provoqué un mouvement important pour la renaissance de l'artisanat en Italie. Je suis convaincu que cette renaissance ne pourra pas manquer de répandre son influence d'une façon étendue, et d'augmenter aussi le travail artisanal dans les asiles, selon les exigences de la thérapeutique : parce que le travail à type artisanal est vraiment capable d'améliorer les éléments essentiels de l'âme humaine.

M. Gouriou, se référant aux observations qu'il a recueillies dans l'Asile départemental en formation de Blanche-Couronne (Loire-Inférieure), estime que le travail même pour les chroniques ne doit pas être une distraction, mais un essai thérapeutique préparatoire d'une sortie d'essai. Ce travail, pour être efficace, réclame un Asile-village, ce mot étant pris dans le sens psychologique, c'est-à-dire un Asile clos mais large, et avec une liberté assez grande à l'intérieur, entre les heures régulières de travail. Ces conditions sont celles qui se rapprocheront le plus des conditions ordinaires de la vie du malade

au dehors. La sortie du malade doit rester le but essentiel de la thérapeutique.

M. F.-J. Stuurman (de Santpoort). — Le traitement des malades par le travail dans notre établissement à Santpoort (Hollande), a été très augmenté pendant les dernières années : le malaise économique après la guerre, qui fut senti aussi en Hollande, rendit très nécessaire une économie sévère sur l'assistance des aliénés. Notre établissement eût la chance que précisément à ce moment, le Dr v. d. Scheer fut nommé médecin-directeur de l'asile. Celui-ci réorganisa immédiatement les services de l'asile et intensifia énergiquement le travail des malades : convaincu qu'il était, que le travail intensif des malades est non seulement un grand avantage économique pour l'asile et la société, mais aussi une thérapeutique très salutaire pour les malades eux-mêmes.

Actuellement, environ 75 0/0 des malades travaillent régulièrement ; si l'on tient compte qu'il y a parmi ceux qui ne travaillent pas, plusieurs malades corporellement faibles et inaptes au travail, ainsi que de nombreux vieillards, on est obligé de reconnaître qu'un pourcentage très élevé travaille.

Chez nous, comme dans tous les asiles hollandais, plusieurs malades font un travail utile dans les services économique et technique de l'asile qui, avec ses 1.450 malades, fournit naturellement beaucoup d'occasions de travailler, spécialement à ceux qui sont le moins atteints dans leurs facultés mentales.

Les malades masculins travaillent, par exemple, comme charpentier, peintre, cordonnier, tailleur, forgeron, et dans le jardin, où les cas légers travaillent indépendamment ; les malades plus graves ratissent, râtellent, sarclent, etc., sous la direction d'un infirmier, et les déments et les idiots transportent par brouette des ordures, des cendres, des scories à la voirie.

Les femmes travaillent dans la cuisine, la blanchisserie, la repasserie; en outre, beaucoup de malades travaillent comme domestiques et femmes de ménage dans les quartiers de malades ; d'autres font des ouvrages de couture, du crochet, du tricotage non seulement dans les ateliers de couture, mais aussi au lit, quand la malade doit garder le lit. Les malades les plus graves trouvent de l'occupation en pelant des pommes de terre ; ce travail a lieu dans les quartiers des malades

ou dans les jardins qui leur sont réservés, parce que ces malades, démentes ou agitées, ne peuvent pas être facilement transportées dans les ateliers centraux. Enfin, quelques malades travaillent aussi dans les jardins sous la direction d'une infirmière.

En dehors de ces exploitations communes à tous les asiles, notre médecin-directeur a organisé des industries spéciales, dans le but de procurer de l'occupation aux malades qui ne peuvent pas travailler dans les services nommés précédemment. Les produits de ces industries sont employés par l'économat de l'asile ou sont vendus. C'est ainsi que ce mode de thérapeutique par le travail nous procure même un petit profit.

Nous avons trois ateliers pour fabriquer des nattes de coco et de paille, un pour faire des brosses, un pour tresser des paniers, des corbeilles et tous les autres ouvrages en osier. L'osier est cultivé dans une partie de notre parc.

Dans le bétonnage, quelques hommes font des dalles et des carreaux, des poteaux de barrière, des tables de cuisine, des éviers ; ils bétonnent aussi des sols entiers des diverses salles et corridors. Quelques autres hommes font le grillage pour les barrières au moyen d'une machine très simple.

Une occupation très agréable pour les hommes qui ne sont pas capables de travail lourd est le découpage en bois : ils font toutes sortes de jouets (des voitures, des magasins, des ponts, des animaux, etc.). Tous ces objets sont peints par les malades eux-mêmes avec des couleurs à l'huile.

Un travail analogue pour les femmes, même alitées, est la broderie de raphia sur canevas : on fait ainsi des sacs à main, des couvre-théière, des coussins, des petits tapis. Avec le raphia on fait aussi des corbeilles, des paniers (à chiffons par exemple), des cache-pot, des dessous-de-plat, en enveloppant de raphia les brins d'osier ou d'ammophile (qui pousse dans les dunes chez nous). Le raphia, ainsi que le coco, sont teints dans notre établissement avec des couleurs d'aniline.

Un autre emploi pour les femmes est le cartonnage : on fait des boîtes de tout genre, des portefeuilles, etc. ; dans cet atelier on relie aussi des livres, des brochures et des périodiques.

En dernier lieu, nous avons un atelier de tissage pour les femmes : il y a de grands métiers de tisserand pour tisser des toiles de coton, avec lesquelles on fabrique des articles de lin-

gerie, des draps, des serviettes ; il y a aussi de petits métiers qui servent à tisser des tapisseries de laine : des tapis, des descentes de lit, des coussins.

Pour atteindre un résultat aussi grand que possible de cette thérapie par le travail, il est indispensable qu'il y ait une collaboration très étroite entre les médecins, les infirmiers et les fonctionnaires des services économiques et techniques de l'asile. Pour faire naître cette collaboration désirée, notre médecin-directeur tient tous les samedis une conférence, à laquelle doivent assister tous les médecins, chefs d'un service médical et tous ceux qui dirigent un service économique ou technique.

Les efforts des malades sont encouragés par des récompenses distribuées en monnaie spéciale de l'asile (jetons) ; avec cet argent, les malades peuvent s'acheter toutes sortes de friandises et des bibelots à prix modérés dans une petite boutique, installée par la direction dans un coin du parc.

M. le Président, pour terminer, un devoir agréable me reste. La Direction de notre asile à Santpoort (ci-devant nommé Meerenberg), apprenant que nous avions l'intention d'assister au Congrès où le traitement par le travail serait un sujet de discussion, m'a prié de vouloir emmener quelques articles faits par nos malades, afin de les mettre à la disposition du Bureau du Congrès, avec prière de les distribuer parmi les congressistes, pour que notre petite contribution coopère un peu à favoriser le travail de nos malheureux aliénés.

Vous me ferez donc grand plaisir en voulant accepter cette contribution de notre asile à Santpoort (Hollande).

M. Demay. — Je remercie, au nom du professeur Ladame et au mien, tous les éminents collègues qui viennent de prendre la parole à propos de notre rapport, des mots élogieux qu'ils ont bien voulu prononcer. Leur intervention souligne, de façon très heureuse, l'importance du travail comme méthode de traitement et le rôle primordial du médecin dans la mise en œuvre de cette thérapeutique.

Mon ami Brissot a insisté avec raison, sur le rendement du travail par équipes et nous a donné des indications très intéressantes sur le fonctionnement des assurances-accidents en Alsace-Lorraine, question dont M. A. Marie nous a dit toute

l'actualité et qui, comme l'a rappelé le Dr Brissot, doit être envisagée au double point de vue des accidents dont peuvent être victimes les malades, et des accidents qu'ils peuvent eux-mêmes causer à des tiers. M. le professeur Obregia, M. Rayneau, M. Stuurman, M. Vermeylen, M. Gouriou savent combien nous partageons leurs vues sur la nécessité des ateliers intérieurs, sur la collaboration des différents services médicaux et administratifs, sur la relation entre les réactions d'un malade et son caractère antérieur, sur la valeur du travail comme critère de guérison. M. le professeur Donaggio a su nous dire, en quelques mots d'une inspiration très élevée, toute la portée morale et sociale du travail. Et nous devons une gratitude particulière à M. van der Scheer, qui a pris la peine de nous apporter des échantillons aussi beaux que variés du travail de ses malades de Santpoort, nous faisant ainsi la démonstration pratique de ce qu'on peut obtenir par une organisation rationnelle du travail. En visitant tout à l'heure l'asile de Cery, nous aurons un nouvel exemple de cette organisation qui tend, selon l'expression de M. van der Scheer, à modeler autant que possible la vie du malade à l'asile sur la vie sociale.

COMMUNICATIONS

I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

A. COMMUNICATIONS CONCERNANT LA SCHIZOPHRENIE

Le Concept de la Schizophrénie et ses conséquences thérapeutiques

Par M. Hans W. Maier (de Burghoelzli-Zurich)

Comme point de départ pour ce que j'ai l'intention de vous dire, je vais tout d'abord vous décrire le cas suivant :

Un jeune homme avec dés antécédents héréditaires schizoïdes du côté maternel, et qui jusqu'alors s'était développé d'une manière normale, accuse au point de vue affectif un changement de caractère à partir de sa dix-huitième année. Pour un rien il trouve qu'on lui manque d'égards, il devient sournois, soupçonneux, renfermé envers ses parents et envers ses camarades. Il travaille toutefois d'une façon satisfaisante comme serrurier et supporte un service militaire assez long sans frapper son entourage par quoi que ce soit. Il est très appliqué à son travail, tout à fait rangé. A l'âge de 25 ans il fait la connaissance d'une jeune fille en compagnie de laquelle il fait passablement de dépenses. Par suite d'une grève survenue au même moment, il a à un moment donné des embarras d'argent et commet alors un vol, de peu d'importance du reste. Les relations avec la femme en question sont maintenues 3 ans de suite et aboutissent à des fiançailles officielles. La jeune fille, qui est de caractère léger, le tourmente et c'est d'une manière presque masochiste qu'il se soumet à ses volontés. Il entre par là en conflit avec ses parents qui sont d'abord opposés à ce mariage, mais finissent par y consentir. Il sent toutefois en lui-même que les griefs des parents contre cette union sont

justifiés et essaie de se détacher de la jeune fille, sans pouvoir y réussir. Lorsque la date du mariage est fixée, il devient peu à peu déprimé et s'arrête à la fin à l'idée de tuer ses parents avant. Il fait aussi le projet de partir pour l'étranger, mais ne l'exécute pas, emporte un jour à midi un marteau de l'atelier à la maison et assomme de sang-froid son père et sa mère. Le crime accompli, il n'a aucune espèce de réaction, cuisine le jour suivant son déjeuner à côté des cadavres de ses parents et ensuite se laisse tranquillement arrêter. A l'instruction il exprime toutes sortes d'idées religieuses, ce qui le fait mettre en observation à la clinique psychiatrique, où par hasard il se trouve pendant quelques heures en compagnie d'un malade atteint de folie religieuse ; au cours des semaines suivantes il ne cesse de développer l'idée qu'il n'est plus le même qu'avant, qu'il est au contraire une sorte de second Jésus-Christ, et qu'il doit vivre selon la Bible, il refuse aussi de mettre des vêtements et de travailler quoi que ce soit. On a été forcé de le garder au lit pendant 2 ans, jusqu'à ce qu'on ait réussi peu à peu à lui faire mettre quelques vêtements et à l'amener à s'occuper des soins à donner aux autres malades. Maintenant il fait le même travail qu'un infirmier et n'a qu'un bouton « à clé » au pantalon et à chaque soulier, afin de bien démontrer qu'il ne porte des vêtements que parce qu'on l'y oblige. L'affectivité est restée un peu rigide, mais a, somme toute, une bonne résonnance; par contre le malade déclare encore maintenant que son passé ne le regarde plus du tout, qu'il ne porte plus le nom d'avant et qu'il n'est qu'un outil de Dieu, fait pour vivre selon la Bible (1).

Nous distinguons chez ce malade deux tendances anormales qui se croisent : il a d'un côté depuis sa dix-huitième année de légères altérations de l'affectivité, qui évolue dans le sens de l'autisme, en se détournant peu à peu de la réalité. Il n'est par suite plus capable de développer ses sentiments érotiques d'une façon normale, mais s'attache en masochiste à une jeune fille et aboutit par là à un conflit entre son amour pour celle-ci et son affection pour ses parents. C'est là que nous voyons l'automatisme entrer en fonction : le désir que la mort des parents leur épargne ce souci, désir qui chez l'homme sain apparaîtrait peut-être aussi, mais en secret ou en rêve, est converti dans la réalité, en lui faisant assommer son père et sa mère. Une action pareille toutefois étant absolument

(1) Personnellement, je suis convaincu qu'on aurait pu éviter le délit et le développement du syndrome de folie religieuse si on avait pu traiter le malade avant la catastrophe ; mais je ne veux pas discuter ici cette idée parce que je ne peux pas la prouver.

contraire à sa vraie personnalité, le malade trouve un « refuge psychogène » dans la folie religieuse et peut le garder grâce à son autisme schizophrène pendant des années. Nous voyons ici clairement les deux facteurs dont M. Bleuler vous a parlé ici-même, la part psychogène et la part physiogène de la schizophrénie.

A mon avis, la relation de ces deux facteurs est tout autre que celle d'un acheminement parallèle : ils s'influencent sans nul doute réciproquement et très fortement, et cela tout aussi bien dans le sens d'une amélioration que d'une aggravation des symptômes maladifs. Ce n'est pas chose très rare que de voir une schizophrénie éclater à l'occasion d'un événement particulièrement affectif ou d'observer qu'un changement favorable de l'ambiance peut faire d'un catatonique en apparence dément un homme de nouveau accessible à la réalité et presque guéri au point de vue social. On est sans doute forcé d'admettre que nous n'avons aucune possibilité d'influencer le processus organique cérébral, du moins directement. Il sera bon toutefois de faire ici la réserve que nous ne savons pas du tout encore si, à côté des troubles cérébraux proprement dits, il n'y a pas aussi des troubles de la sécrétion interne, des systèmes sympathiques et parasympathiques, de tout le métabolisme du reste, où avec une thérapie médicamenteuse ou glandulaire on pourrait avoir des résultats auxquels on ne songe pas aujourd'hui. Il y a bien des cas où l'on peut voir clairement que le facteur psychogène est intimement lié à des troubles sympathiques qui mènent eux-mêmes à des symptômes cérébraux. Il est probable quant à moi que ce sont justement ces symptômes sympathiques qui constituent une sorte de trait d'union entre la série psychogène et organique.

Ce qui en tout cas est sûr, c'est que les symptômes psychogènes de la schizophrénie se prêtent à une thérapie, qui peut être soit directe, par un traitement psychique des malades, soit indirecte, par un changement d'entourage. Le progrès consiste en ce que nous ne considérons plus les diverses formes d'expression des malades comme quelque chose d'absolument incompréhensible et tout à fait dépourvu de sens, sans nous donner la peine d'entrer en relations avec le malade. Aujourd'hui au contraire nous avons le devoir de chercher à tout prix à obtenir un rapport intellectuel et affectif avec le malade. Cette tâche nous est facilitée par la certitude que nous

savons maintenant que beaucoup d'expressions symboliques des malades sont expliquées dans leurs hallucinations, leurs idées délirantes et par certaines de leurs actions si nous nous efforçons de les comprendre à l'aide des idées de Freud, de la même manière que les rêves des personnes saines. Une psychoanalyse détaillée n'est toutefois nullement nécessaire dans le cas individuel à traiter : dans beaucoup de cas il suffira au médecin pour avoir une connaissance exacte de son malade et de ce qui se passe en lui à avoir une psychologie orientée d'après les données sur la compréhension de l'inconscient.

Dès que nous sommes en bon rapport avec le malade et que nous le comprenons suffisamment, nous avons le devoir d'en tirer les conséquences pour la thérapie. Dans des cas incipiants, peu graves, avec une forte superstructure psychogène, qui souvent ressemblent à des névroses, on réussit souvent á éliminer les symptômes, rien qu'en s'occupant individuellement des malades et en s'efforçant de rétablir des rapports normaux entre eux et le monde extérieur. La méthode à suivre ici ne peut pas être indiquée d'une manière schématique et dépend naturellement de l'individualité du médecin lui-même. Des causeries sur les complexes en partie inconscients suffiront souvent avec l'aide de la suggestion et de l'influence éducatrice du médecin. Il y a aussi des cas, surtout ceux avec des symptômes d'inhibition et d'angoisse très forte, où le seul fait de faire repasser au malade ces états affectifs pendant un très léger et superficiel état hypnotique, mène relativement vite au but désiré. Une hypnose véritable doit à mon opinion être évitée chez les schizophrènes, par crainte que les malades n'y rattachent toutes sortes d'idées paranoïaques.

Si favorable que soit l'orientation psychoanalytique du médecin, une véritable psychoanalyse classique, selon Freud, durant éventuellement des années, ne me semble pas être dépourvue de dangers, car une telle analyse risque certainement de favoriser l'autisme des malades et de les écarter encore plus de la réalité. Nous ne voulons toutefois pas nier qu'il peut y avoir exceptionnellement un cas où l'analyse sera la méthode de préférence, par exemple chez un malade bien intelligent et chez lequel le processus schizophrène n'est qu'extrêmement léger. L'important avant tout c'est d'organiser les conditions de vie extérieures du malade de telle façon que les complexes désagréables ne soient pas touchés et que lui-même soit mis

en relation avec la vie pratique. Un malade par exemple dont les voix nous montreraient qu'il a un sentiment négatif très fort contre son père devrait être séparé de celui-ci. Cette manière de voir nous montre aussi *que l'internement des schizophrènes dans un asile, forcément séparé de la vie extérieure, est en principe néfaste pour le facteur psychogène.* Nous avons par conséquent coutume à notre policlinique, et ne manquons jamais de le faire remarquer au cours de notre enseignement, de n'interner en général les schizophrènes que quand il n'y a plus d'autre ressource au point de vue social. Il faut dire toutefois que nous avons vu aussi un certain nombre de schizophrènes qui, une fois à l'asile, se sont tranquillisés très vite, il va sans dire que ces malades aussi doivent être rendus à la liberté aussi tôt que possible. Pendant le temps qu'ils doivent passer à l'asile, un traitement thérapeutique varié, en premier lieu un traitement de travail, est absolument nécessaire pour essayer de compenser les désavantages. Kläsi a essayé avec succès de traiter des malades de l'asile, venus dans un état d'agitation organique, et qui plus tard s'obstinaient à conserver leurs symptômes, dûs en plus grande partie au facteur psychogène, par un sommeil continu de 10-12 jours au moyen du somnifène. Cette méthode — pas sans danger — qui a certainement quelques fois de bons résultats si on l'emploie prudemment dans des cas qui s'y prêtent, ne suppose naturellement pas que le somnifène ait en lui-même une action thérapeutique, mais essaie seulement de rendre les malades plus aptes à être traités par la psychothérapie. C'est à mon opinion hors de doute qu'un traitement sous ce point de vue peut avoir une influence très favorable sur le facteur psychogène et empêcher dans nombre de cas le processus organique de s'aggraver. — Il va sans dire qu'il y a bien des cas très graves de schizophrénie qui sont réfractaires à toute thérapie.

Par nos efforts thérapeutiques nous essayons donc de traiter les cas légers, c'est-à-dire les cas où le facteur organique ne joue qu'un rôle, pour ainsi dire, secondaire, par la psychothérapie seulement. Cela fait naturellement une grande différence, si nous ne méconnaissons pas la base schizophrène des symptômes et partant de là, si nous dirigeons tout spécialement nos efforts contre l'autisme des malades, ou si au contraire, nous commettons l'erreur de considérer le cas comme une névrose

et prenons des mesures qui seront éventuellement funestes. Nous tâchons en plus d'éviter autant que possible et aussi longtemps que possible l'internement, nous faisons sortir le malade aussi vite que possible. Où il n'y a pas de familles, pour reprendre les malades chez elles à la sortie de l'asile, nous avons une organisation, qui s'occupe du placement des malades dans des familles étrangères à la campagne, sous surveillance. Notre policlinique psychiatrique poursuit le but de donner aux malades sans fortune et à leurs médecins, ainsi qu'aux autorités, les instructions nécessaires, pour prévenir en temps utile. Nous avons aussi depuis 5 ans une division psychiatrique pour enfants, où l'on nous envoie assez souvent des enfants provenant de familles avec de fortes tares héréditaires schizophrènes et autres et qui eux-mêmes ont déjà nombre de traits psychopathiques. Nous les plaçons souvent dans un milieu plus sain ; ça ne me semble pas être chose impossible qu'on puisse par là prévenir dans bien des cas le développement de troubles psychiques, du moins jusqu'à un certain degré. Nous n'avons toutefois pas encore assez d'expériences sous ce rapport, pour pouvoir nous prononcer avec certitude.

Je crois vous avoir donné dans ce court rapport quelques points de vue démontrant que la conception de la schizophrénie n'est pas du tout stérile quant à la thérapie. Elle nous permet d'organiser le traitement selon des principes psychologiques, bien caractérisés et par là de mieux réussir que par une polypragamasie d'injections, de traitements électriques et autres mesures semblables, à l'effet desquelles nous ne croyons pas nous-mêmes.

A mon avis, la conception surtout psychologique du groupe de la schizophrénie, nous facilite aussi le pronostic qui est naturellement bien différent dans les divers syndromes. Mais ce point de vue nous donne surtout une base pour comprendre la valeur, et ériger le plan de la psychothérapie d'un schizophrène. Le développement de nos asiles, dans ces dernières 30 années, a eu peut-être l'inconvénient de se contenter trop facilement de l'internement et de négliger ainsi la psychothérapie individuelle. Chez les schizophrènes tout particulièrement, il est surtout important de les sortir de l'autisme et de les préserver, autant que possible, d'un séjour à l'asile. Cette méthode est souvent beaucoup moins commode pour le médecin, mais les résultats qu'elle donne justifient largement l'effort qu'elle exige du psychiatre.

Quelques remarques concernant la Schizophrénie

Par Henrik SJÖBRING (Upsala)

C'est un mérite incontestable de M. Bleuler d'avoir mis en lumière le trait central schizophrénique dans les démences précoces. Mais le trait schizophrénique n'est pas une dissociation quelconque. C'est une dissociation à cause d'une lésion organique, la même lésion qui est au fond de tous les symptômes caractéristiques de la schizophrénie proprement dite. Les vraies personnalités schizoïdes sont caractérisées par des traits tout à fait correspondants à ceux que nous trouvons chez les psychoses schizophréniques : discordance schizophrénique, froideur affective, autisme. Donc, la schizoïdie est elle aussi à regarder comme d'origine organique fondée dans la lésion. Il n'est pas permis de confondre dans le même groupe les vraies schizophrénies avec d'autres formes où des symptômes dissociatifs jouent également un grand rôle, mais remarquez, des symptômes dissociatifs d'ordre tout à fait différent. Comme M. Claude l'a fait observer, il y a des différences fondamentales entre les vraies schizophrénies d'une part, et les psychasthénies et les hystéries de l'autre. Et cela n'est pas vrai seulement pour les formes de pychose manifeste, mais également pour les personnalités des types correspondants. Les recherches de l'hérédité ont démontré aussi que dans les familles des psychopathes asthéniques et hystériques il n'y a pas de démence précoce. Fondée dans la lésion organique, la schizoïdie, à mon avis, est une forme factice de la personnalité psychique, à l'opposition des personnalités asthéniques et hystériques qui en constituent des variations naturelles, quoique de valeur basse.

Dans le groupe schizophrénique on peut distinguer :

1° Les personnalités schizoïdes.

2° Les débiles schizophréniques.

3° Les évolutions fonctionnelles à base schizophrénique. Les schizomanes de M. Claude me semblent y appartenir.

4° Les psychoses schizophréniques proprement dites. La démence précoce de M. Claude, se trouvant surtout chez les jeunes gens, où l'organe fait une résistance plus faible aux influences nuisibles, en est, à mon opinion, une forme plus accusée, où la lésion organique est plus répandue et plus forte, ce qui amène un trouble plus global. Les conditions héréditaires nous disent que ces formes sont à réunir à juste titre dans un cadre commun. Mais, naturellement, je ne veux pas dire que toutes les schizophrénies soient d'étiologie unitaire.

La Mnème de la Schizophrénie

Par M. FOREL, « La Métairie » (de Nyon)

Les conceptions biologiques du grand naturaliste *Richard Semon* sont parties de l'idée d'*Ewald Hering*, suivant laquelle l'instinct est en quelque sorte la mémoire de l'espèce. Toute irritation de la substance excitable produit une empreinte ; si elle est durable, nous parlons d'*engramme*. L'*engraphie* répétée, l'inscription des irritations identiques, irradie à la longue dans tout l'organisme jusque dans les cellules germinatives.

Alors que l'ensemble des engrammes constitue la mnème acquise, les engrammes répétés et superposés de nombreuses générations finissent par former la mnème héréditaire, c'est-à-dire l'instinct.

Toute perception est formée par une multitude d'engrammes simultanés, qui sont engraphiés. C'est là la véritable association. Ce que le langage courant nomme association d'idées est désigné par Semon sous le nom d'*homophonie ;* autrement dit, l'un des éléments d'un complexus d'engrammes, ecphore d'anciens engrammes pour former une nouvelle association qui sera à son tour engraphiée. C'est de cette façon que la vie psychique se multiplie à l'infini et constitue la mnème *individuelle*. Au contraire, par des répétitions innombrables à travers de nombreuses générations, les caractères héréditaires sont finalement influencés. De ce fait, la vie psychique est donc une combinaison inextricable de la mnème acquise et de la mnème héréditaire. Cette conception biologique géniale est fondée sur une série d'observations rigoureuses et s'applique aussi bien au règne animal qu'au règne végétal. Grâce à elle, nous comprenons la genèse des instincts et leur action sur le jeu infiniment complexe des éléments psychologiques.

Nous ne savons pas si le relâchement ou la dislocation de

l'homophonie (que *Bleuler* place au nombre des symptômes cardinaux de la schizophrénie) est vraiment primaire. Les désordres affectifs jouent un rôle capital et caractéristique dans la schizophrénie; l'autisme, magistralement décrit par *Bleuler,* les troubles de la fonction du réel, l'introversion, les inhibitions, les barrages affectifs, sont autant de causes de dislocation. Cette dislocation serait alors secondaire. Et, en appliquant la conception de *Semon,* on peut se demander si la mnème héréditaire des schizophrènes ne doit pas nous intéresser plus particulièrement dans ses relations avec la mnème acquise. L'analyse psychologique des schizophrènes, la clinique et l'histologie pathologique doivent être complétées et fécondées par nos recherches biologiques.

La Complexion des Schizophrènes

Faits et hypothèses touchant les rapports du physique et du moral dans la Schizophrénie

Par M. W. Boven (de Lausanne)

Kretschmer a attiré l'attention des aliénistes sur les étroites corrélations du caractère et du corps chez les schizophrènes, et d'une manière générale, chez tous les individus affiliés par le caractère à la psychologie du schizophrène, soit ceux qu'il nomme les schizothymes et les schizoïdiens, répliques adoucies jusqu'à l'agrément, d'un modèle d'aliéné. Ces individus offriraient à l'examen une série de stigmates physiques qui permettraient de les répartir en 3 groupes : 1° les asthéniques-gringalets au thorax étriqué, à l'habitus phtisique, aux membres grêles, au crâne pointu, turriforme, scaphoïde..., au long nez proéminent sur une face ovoïde, etc. ; 2° les athlétiques, espèces de lurons vigoureux, musculeux, aux os épais et denses, aux extrémités pattues, au crâne de forme massive, de lignes roides ; 3° les dysplastiques ou mal bâtis, ratés du type dysendocrine, acromégales, eunuchoïdes, myxœdémateux de tout acabit. — Chez tous, à quelque groupe qu'ils se rattachent, un développement pileux primaire exubérant, hirsute, dru, qui empiète par l'extension de son aire d'implantation sur les confins, généralement glabres, de la nuque et du front, et, par contraste, une sorte d'hypoplasie du système pileux secondaire, moustache, barbe, touffe pubienne, qui végètent sur une peau boursouflée, acnéique, d'apparence souvent malsaine et sale.

Ces particularités, très apparentes dans le sexe fort, seraient présentes, mais beaucoup moins nettes dans le beau sexe.

J'ai tenu à vérifier ces données : 52 schizophrènes, en traitement à l'asile de Cery, obligeamment mis à ma disposition par M. le Directeur Preisig, m'ont fourni les résultats suivants :

Hommes (30) : 15 asthéniques, soit 50 0/0 (Kretschmer : 43 0/0) ; 4 dysplastiques, soit 13 0/0 (Kretschmer : 19 0/0) ; 2 asthéniques-dysplastiques ; 3 athlétiques, soit 10 0/0 (Kretschmer : 14 0/0) ; 3 normaux, exempts de stigmates ; 3 pyknoïdiens, type hors de cause ici.

Femmes (22) : 12 asthéniques, soit 54 0/0 ; 2 athlétiques-dysplastiques ; 8 indéterminées.

L'impression qui se dégage de cette revue, pour qui l'a faite, est celle de la confusion, ou de l'insuffisance des normes. Le principe de la classification n'est pas décisif chez les femmes. Leurs particularités, moins frappantes, ne s'interpolent pas dans la formule de cette théorie. En revanche, il est une constatation, d'ordre général, qui s'impose à l'esprit : c'est la fréquence de la dysplasie ou seulement de la dysharmonie des formes, soit du visage, soit du corps, ou de l'un ou l'autre seulement, chez les schizophrènes. L'impression qui domine, c'est celle du raté en matière plastique, si l'on s'en tient au canon anatomique de l'homme normal. Qu'il s'agisse des dysplastiques, *sensu proprio* de Kretschmer, de ses asthéniques, ou de ses athlètes-hypertrophiques aux formes outrées, *c'est toujours la dysmétrie et la disproportion des formes et des valeurs*. Et c'est bien cela aussi qui frappe dans l'appréciation des formes féminines, mais davantage restreint aux limites du visage.

***

Je crois que ces imperfections corporelles traduisent dans un parallélisme rigoureux, et sur le plan de la morphologie, la dysharmonie des fonctions neuro-végétatives, chez le schizophrène. Je dirais que cette folie est une maladie de l'âme et du corps, que c'est un processus complexionnel, et que l'aliéné précoce est un individu façonné par la coopération malencontreuse d'un couple mal assorti — et tout cela ne serait que redites si je ne précisais pas ma pensée, quitte à beaucoup emprunter à l'hypothèse. Le schizophrène

est un être chez lequel les deux parts, les deux composantes, paternelle et maternelle, n'ont pas fusionné, ou de manière incomplète, précaire et provisoire. Et si cette fusion-synthèse ne s'est pas opérée, c'est qu'il y avait impossibilité d'ajustement, incompabilité d'humeurs, si j'ose dire, inadaptabilité de complexion, de systèmes, entre deux groupes d'éléments détériorés ou par trop étrangers l'un à l'autre. Cette disparate, affectant le type d'un désordre plus ou moins douloureux de fonctions mal assorties, n'est nulle part plus saisissante que dans la fonction de l'appareil si complexe de l'émotion, sympathique-endocrine et cérébral, qui règle les rapports de la sphère sensorielle avec les centres de la vie végétative. Il est permis de la localiser, avec Nothnagel et Bechterew, dans la couche optique ou les noyaux opto-striés, en général. On sait que des anatomistes y ont décelé récemment des lésions chez des catatoniques invétérés. Soit que les pièces de cet appareil, faites d'éléments empruntés à l'un seul des générateurs ne s'adaptent pas aux pièces empruntées aux éléments de l'autre, soit qu'elle contienne au contraire des éléments des deux parts, mal synthétisées, l'ensemble de ces pièces organisées en fonction, imite le travail d'un appareil électrique mal calculé, mal réglé, qui gaspillerait sa force électromotrice en courants induits, en étincelles et en fusion de ses propres éléments. La schizophrénie réaliserait le type clinique d'une dyssynthèse de complexions, inconciliables sur le terrain de l'émotivité. Cette dyssynthèse pourrait même ne porter que sur les éléments affectifs et ne pas troubler la fusion des éléments étrangers au système endocrine-sympathique et cérébral.

A cette conception de la schizophrénie se rattache assez naturellement l'interprétation suivante de quelques-uns de ses symptômes cardinaux. L'instabilité et la tristesse trahissent la perception plus ou moins consciente de l'inanité d'un labeur inefficace de mise au point ; elles disent l'agacement né d'un long effort improductif.

L'autisme est une attitude défensive. D'une part, les fonctions qui s'accomplissent mal engendrent un malaise qui capte et retient l'attention, et par conséquent la détourne du monde extérieur, d'autre part les sollicitations du monde extérieur à l'âme du schizophrène, en éveillant les sens et l'émotion consécutive, mettent en branle, précisément, des

fonctions endolories. Le S. se défend par l'autisme, contre l'agression des intérêts qui le provoquent.

Si l'hallucination est vraiment un fait de dissociation mentale, la conséquence d'un schisme du moi tiraillé entre deux groupes de sentiments ou d'instincts antagonistes, rien sans doute ne la favoriserait autant qu'une dyssynergie des fonctions, de nature congénitale.

Le délire d'influence ou de persécution n'est que la projection sur le plan intellectuel et social des mésaventures, des tourments et des échecs physiologiques.

Je ne suis pas éloigné de voir dans la catatonie une sorte de mesure d'économie, une attitude antalgique qui dramatise, sous l'aspect d'un corps figé, un prodigieux besoin de repos.

L'ambivalence témoignerait de l'incertitude de l'orientation des instincts, de l'impossibilité d'une prise de direction.

Quant aux troubles de l'association des idées, l'incohérence intellectuelle répondrait au désarroi des sentiments.

⁂

La psychiatrie de l'avenir tirera grand parti de l'étude des altérations du caractère par la maladie, les traumatismes et les intoxications. Je songe aux effets sur l'âme, de l'encéphalite léthargique, à ses ressemblances avec la catatonie.

La schizophrénie, pour le dire encore une fois, est le drame d'un être écartelé lentement par des couples de fonctions devenues antagonistes, c'est le drame des dissensions physiologiques entre des fonctions décidément disparates, et qui rompent à l'âge de l'adolescence, ou plus tard, les liens précaires qui jusqu'alors les unissaient.

⁂

Une conclusion pratique sous la forme interrogatoire : Est-il bon d'imposer à l'âme encline à la schizophrénie, sous prétexte de prophylaxie mentale, un régime de sociabilité qui devrait, dit-on, la préserver de la chute dans l'autisme, en la maintenant en contact avec le monde réel ? Ne la soumet-on pas, cette âme débile, à l'épreuve de toutes les sollicitations qui, précisément, lui révèlent ses faiblesses, déclanchent ses antagonismes et précipitent l'usure et la dissocation ? Je crois ici à la vertu de la solitude.

M. Minkowski (de Zurich) tient à soutenir la conception développée par *M. Boven*, d'après laquelle les phénomènes psychiques dans la schizophrénie sont l'expression ultime d'un trouble à base anatomo-physiologique, et plus spécialement d'un trouble dans les rapports intimes de facteurs endocriniens et humoraux avec le système nerveux proprement dit. Il rappelle à ce sujet les travaux de *Monakow*, qui tendent à fournir une base biologique à la psychiatrie, et notamment les recherches récentes du maître de Zurich et de ses élèves (*Sadamichi, Kitabayashi* et *d'Allende*), qui, dans de nombreux cas de schizophrénie, ont constaté des altérations graves surtout dans ceux des éléments du tube médullaire qui, au point de vue de ces rapports, jouent un rôle particulièrement important. D'après ces auteurs, on y constate une dégénération chronique et très répandue des cellules ectodermiques des villosités des plexus choroïdes (qui secrètent le liquide céphalo-rachidien), menant parfois à une atrophie en masse de ses cellules, tandis que les éléments mésodermiques des plexus (parois vasculaires, etc.), sont épargnés. On y trouve, en outre, une dégénération de l'épendyme et du tissu sous-épendymaire. D'une manière plus générale, il s'agirait d'un fléchissement de la barrière méso-ectodermique du cerveau ou de la barrière hémo-encéphalique, servant de filtre épuratif pour le parenchyme nerveux et le protégeant contre l'irruption de substances neurotoxiques d'origine hématique ou autre.

Auto-conduction et Schizophrénie

Par MM. Toulouse, Mignard et Minkowski

(*présenté par M. Minkowski*)

J'ai dû, en raison de circonstances imprévues, quitter Paris quinze jours avant la date fixée tout d'abord. Je n'ai pas pu en conséquence soumettre à MM. Toulouse et Mignard le texte de cette communication. Je dois donc en prendre l'entière responsabilté, mais en même temps cette circonstance me permet de dire toute l'admiration que j'ai pour l'œuvre de MM. Toulouse et Mignard. Je suis d'ailleurs heureux de constater que M. Laignel-Lavastine m'a précédé hier dans cette voie, à l'occasion de la discussion sur la schizophrénie.

L'évolution de la psychiatrie au cours du dernier demi-siècle, se laisse caractériser comme réaction contre la notion de démence, notion de nature purement destructive et dont notre besoin d'activité ne pouvait s'accommoder à la longue.

Cette réaction est favorisée par les différences appréciables existant entre les démences organiques d'une part et ce qu'on avait coutume d'appeler « démences vésaniques » de l'autre. Ces différences devaient mener tôt ou tard à la révision de la notion de démence vésanique.

M. Toulouse, dès son premier article publié sur ce sujet avec M. Damaye en 1904 dans la *Revue Psychiatrique* et intitulé : « La démence vésanique est-elle une démence ? » donnait un aperçu historique des efforts pour restreindre la notion de démence. C'est ainsi que Marcé (1862) parlait déjà dans ces cas « d'une oppression momentanée des forces intellectuelles qui peuvent après la guérison retrouver toute leur énergie ». Baillarger divise les démences en deux catégories: la *démence simple* qui relèverait d'une affection organique du cerveau et la *démence incohérente*, consécutive à une vésanie et dans laquelle « les idées sont dissociées et les signes en

désaccord avec les idées, mais *l'intelligence n'est point abolie* et l'exercice intellectuel assez actif. » Vers le même but tendent la notion des pseudo-démences de Séglas, ainsi que l'essai de Régis de distinguer dans le syndrome démence précoce deux formes : la vraie D. P., incurable et relevant d'une lésion organique du cerveau, et la pseudo-démence précoce, simple état de confusion mentale, curable peut-être, en tous cas susceptible de très grandes rémissions.

Nous ne pouvons analyser ici en détail les travaux de nos illustres prédécesseurs. Il suffira de dire que la réaction contre la notion de démence se produit simultanément dans deux directions différentes. L'une est de nature nosographique, l'autre a davantage un caractère syndromique. La première cherche à remanier les notions psychopathologiques dans le cadre même des entités cliniques qu'elle établit. L'entité clinique se confond ici avec le trouble essentiel qui la caractérise. Tel est le sort que subit la démence précoce sous l'influence des travaux de Kræpelin et de Bleuler. Elle cesse d'être démence et devient schizophrénie, mais n'en reste pas moins une entité nosographique, caractérisée d'une façon univoque, non plus par la démence, mais par la désagrégation schizophrénique, spécifique pour cette affection. Le deuxième courant adopte un procédé différent. Sans rechercher un retentissement aussi profond sur la classification des maladies mentales, il se contente de subordonner à une notion d'ordre, tout à fait général, tout ce qui, dans le domaine des troubles mentaux, se montre reversible et curable. C'est la notion de confusion mentale qui dans la psychiatrie française aura ce rôle à remplir. Et c'est ainsi que nous voyons M. Toulouse formuler ses conclusions, dans le travail cité déjà plus haut, après toute une série d'examens appropriés de malades, de la façon suivante :

« Somme toute, nous remarquons que chez les déments vésaniques, le grand rôle est joué par la confusion mentale puisque, après dix ou quinze ans d'un tel état, la destruction des facultés est relativement minime, si on la compare à ce qu'elle est dans la paralysie générale, type le plus pur de la démence organique. *Il est donc permis de se demander si la démence vésanique ne serait point constituée uniquement par de la confusion mentale et exempte, tant qu'il n'y a pas de*

complication organique, d'affaiblissement véritable de l'intelligence... Dès lors, y a-t-il lieu d'appeler encore *démence* cet état confusionnel post-vésanique en comprenant comme nous la signification du mot démence — qui s'applique essentiellement à l'affaiblissement réel et définitif des facultés ? »

M. Toulouse poursuivit ses études avec M. Mignard. S'étant engagés dans la voie qui vient d'être retracée, ils devaient forcément aboutir à la conclusion qu'en définitive tous les syndromes mentaux pourraient être classés en deux grandes catégories : les états déficitaires (démentiels), soit originels, soit acquis, et les états de trouble d'ordre confusionnel. Il est utile de rappeler ici que la notion de confusion, conçue ainsi, s'éloigne de sa signification purement clinique telle qu'elle a été précisée avant tout par Chaslin, pour devenir une notion de psycho-pathologie générale, comprenant tout ce qui est dans le domaine des troubles mentaux, réversible et curable.

En même temps il devenait nécessaire de préciser du point de vue psychologique, en quoi consistaient ces troubles d'ordre confusionnel, troubles qui, sans être de nature déficitaire, créent néanmoins des perturbations importantes dans le comportement du sujet. On ne pouvait le faire qu'en admettant « *au-dessus* des fonctions intellectuelles spécifiques *élémentaires* de la perception, de la mémoire, du jugement, du raisonnement, une fonction supérieure d'application qui utilise ces processus mentaux dans l'activité générale où tous ces éléments entrent ». Il existe ainsi une *fonction d'application* des mécanismes intellectuels. Les troubles de cette fonction compromettent au plus haut degré le comportement du sujet, sans qu'aucune des fonctions élémentaires soit lésée d'une façon irrémédiable. Dans la vie, il ne suffit pas d'avoir de bonnes fonctions mentales, il faut encore savoir les *diriger*. C'est ce qui constitue le principe de *l'auto-conduction*. En dehors des troubles d'ordre déficitaire, il existe ainsi des troubles de *direction*.

Nous voyons ainsi jusqu'à quel point les travaux de Toulouse et Mignard se rapprochent de ceux de l'Ecole de Zurich, puisque, dans mon premier travail sur la schizophrénie, je disais que la schizophrénie était non pas une maladie d'ordre déficitaire, mais avant tout une maladie de direction.

La notion d'auto-conduction déborde cependant sensible-

ment la schizophrénie. Etant devenue une notion de psychopathologie générale, elle englobe tout ce qui est réversible et curable en médecine mentale. Aussi la voyons-nous appliquer à *toutes* les entités cliniques, jusqu'aux démences organiques inclus, où, comme nous le savons, se produisent également, selon les circonstances, des variations dans les réponses du malade, au cours d'examens successifs, variations pouvant nous faire apprécier d'une façon différente le degré d'affaiblissement de leur état mental.

De ce point de vue, il y a tout intérêt de confronter la notion d'auto-conduction avec celle de schizophrénie. Il existe en dehors des troubles de l'auto-conduction de nature schizophrénique d'autres troubles de la même fonction. Des mécanismes différents, comme l'intérêt, l'attention, les complexes, peuvent influencer son fonctionnement. En un mot, je crois que la notion d'auto-conduction, sans rien perdre de sa puissance, pourrait être différenciée avec succès davantage.

Mais par-dessus ces différences, nous devons retenir surtout les tendances communes qui se dégagent de l'œuvre de Bleuler et de ses élèves d'une part, et de celle de Toulouse et de ses collaborateurs, en première ligne de Mignard, de l'autre. Ces tendances communes ne peuvent pas ne pas être l'expression des forces vives qui font avancer la psychiatrie moderne. Il s'agit, comme nous l'avons vu, de restreindre le domaine de la démence, qui pendant de si longues années créait une atmosphère irrespirable en psychiatrie, et de la remplacer par des notions laissant entrevoir tout au moins la réversibilité des troubles mentaux. Bleuler et Toulouse, pour ne citer que ces deux maîtres, l'ont fait, chacun à sa façon. Et nous sommes déjà à même d'apprécier les résultats *pratiques* de leurs efforts. Car ce n'est certes pas le fait d'un pur hasard que l'école de Bleuler et l'école de Toulouse devinrent des centres importants d'activité similaire de thérapie, d'assistance et de prophylaxie mentales, de prophylaxie, non pas d'ordre destructif, sacrifiant au nom des notions de démence ou de dégénérescence le malade à l'intérêt général, mais de prophylaxie créatrice et positive, plaçant au centre même de l'effort la personne du malade lui-même. Il fallait pour cet effort avant tout des notions théoriques susceptibles de le justifier et de le faire naître. Car, aussi paradoxal que ça puisse paraître, en psychiatrie, les notions appuyant sur la réversi-

bilité des troubles ont déjà par elles-mêmes une portée curative, puisqu'elles déterminent toute l'attitude du psychiatre à l'égard du malade, attitude qui se propage plus loin et modifie ainsi d'une façon favorable toute l'ambiance dans laquelle est appelé à vivre le malade et avec laquelle il tend si souvent à perdre le contact. Bleuler, Toulouse et Mignard ont largement contribué à cette orientation nouvelle de la psychiatrie pratique et c'est vraiment un plaisir pour moi de pouvoir aujourd'hui unir dans la même pensée et l'œuvre de Bleuler qui fut mon berceau psychiatrique et l'œuvre de Toulouse à laquelle j'ai l'honneur de participer maintenant.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Il est peut-être imprudent d'établir, maintenant déjà, une différence trop tranchée entre les démences vésaniques et organiques. Je crois, pour ma part, que plus on va et plus la vieille notion de démence s'effrite. Elle ne se réfugiera bientôt plus que dans les états terminaux, là où il existe des destructions anatomiques certaines et vastes. L'évolution de la notion de démence dans la P. G. en est un exemple typique. Pour Dupré encore la P. G. était le type de la démence organique globale et initiale. Pourtant par-ci par-là, des voix se sont élevées contre cette notion trop absolue et il y a un an, Toulouse, dans une communication avec Targowla, étendait à la P. G., au moins au début, les idées qu'il avait développé au sujet des démences vésaniques. Cela même ne semble pas suffisant. Grâce aux restaurations psychiques, parfois étonnantes, qu'on constate chez les P. G. malarisés, on peut dire que ces malades font pendant longtemps de la pseudo-démence, sur laquelle il y aurait à revenir au point de vue de sa signification psychopathologique. Il n'y aurait en somme dans la P. G. qu'une démence terminale, survenant peut-être très tard et précédée d'une longue période de para-démence, susceptible, sous l'effet du traitement, de s'effacer plus ou moins complètement. Ainsi s'estomperait la ligne de démarcation, trop tranchée à mon sens, entre les démences vésaniques et organiques. Toutes deux n'auraient droit au titre légitime de démence que dans une période terminale parfois très tardive.

M. Minkowski (Paris). — Je suis tout à fait d'accord avec M. Vermeylen que les troubles de la mémoire et du juge-

ment sont loin d'épuiser la psychopathologie des démences organiques. Il s'agit là de rapports beaucoup plus complexes. Il est évident que je serai bien aise moi-même le jour où nous pourrons supprimer la notion de démence, dans le sens habituel du mot, dans ce domaine également.

M. Hesnard insiste sur l'importance des facteurs affectifs. Ceci est juste. Nous ne saurions oublier, à ce propos, que Bleuler a parlé, au sujet de la schizophrénie, de démence affective.

La majorité des cas que Régis a décrit sous le nom de pseudo-démence précoce rentrent certainement dans le cadre de la schizophrénie. Je n'ai pas discuté ici cette question, ayant cherché uniquement à mettre en évidence la réaction qui se produit en psychiatrie contre la notion de démence.

La Conception psychanalytique ou « instinctiviste » de la Schizophrénie

Par MM. Hesnard et Laforgue

Notre profonde admiration de l'œuvre de *Bleuler* ne va pas sans une certaine répugnance à admettre, quant à l'interprétation des symptômes de la schizophrénie, le « trouble primaire des associations d'idées ». Pour nous, la pensée « autistique », loin d'être un simple contenu de la psychose, est, dans cette affection, l'élément clinique fondamental.

Nos recherches concernant son origine dans l'histoire affective de l'individu et celles de nos collaborateurs français *Codet* et *Pichon,* d'une part, de l'autre les travaux cliniques du Prof. *H. Claude* et de ses élèves — qui ont imprimé à la psychiatrie française, sur ce terrain, une orientation nouvelle, — nous ont conduits à rechercher cette origine dans un trouble très précoce (probablement en partie congénital) de l'évolution des instincts (1) ; l'instinct le plus important à considérer au point de vue psychiatrique étant probablement cet instinct à peine détaché de la propre personne de l'individu, que *Freud* considère comme l'instinct sexuel tel qu'il se manifeste dans la phase « prégénitale » de son développement.

Pour saisir en raccourci la signification capitale (tant au point de vue pratique qu'au point de vue théorique) de cette conception *instinctiviste* de la schizophrénie, nous allons tracer le schéma affectif évolutif de cette affection.

***

Ce schéma affectif évolutif de la schizophrénie peut se concevoir comme comprenant trois temps successifs : un pre-

(1) L'un de nous a récemment attiré l'attention sur l'intérêt humain et scientifique considérable de cette notion d'évolution normale de l'instinct (Voyez Hesnard : *La Vie et la Mort des instincts chez l'Homme.* Paris, Stock, 1926).

mier d'*arriération affective,* un second d'*intériorisation affective,* un troisième de *démence affective.*

I. *L'arriération affective* du schizophrène est plus radicale que celle des autres psychopathes. Elle paraît consister avant tout dans une fixation de l'évolution instinctive à l'âge très précoce où le petit enfant ne connaît comme élection affective que celle qui concerne la mère, ou ses substituts (Il est même permis de se demander, quoiqu'une telle hypothèse fasse sourire ceux qui ne sont pas familiarisés avec les résultats de l'enquête psychanalytique, si certains schizophrènes ne tendent pas constitutionnellement à régresser affectivement au stade fœtal de la vie intra-utérine, où l'existence humaine, purement végétative, réalise une absence intégrale de contact avec l'extérieur).

Cette fixation instinctive à la mère est une tendance primordiale purement *possessive* et centrée autour de la fonction vitale essentielle à cette époque de la vie : la fonction digestive, seul moyen d'échange psycho-organique du petit enfant avec le monde extérieur ; aussi tend-elle, à l'instar de cette dernière, à disposer intégralement de l'objet aimé, à l'assimiler, en vertu d'un instinct primitif et unique d' « amativité » et d' « alimentivité » tout à la fois.

Or le futur schizophrène souffre plus que quiconque de l'angoisse du sevrage (au sens large) et du partage nécessaire de la mère avec autrui, comme d'ailleurs de tous les sacrifices que l'éducation et l'existence pratique vont ensuite lui imposer, sur le modèle de ce premier inassouvissement.

L'objet maternel lui échappant, il parvient à y renoncer et à le « scotomiser », c'est-à-dire à le bannir de son cercle d'intérêt affectif, mais seulement au prix d'un dommage psychique qu'il tend à compenser automatiquement par un repliement sur sa propre vie imaginative intérieure. Ce repliement sur soi aboutit à une réalisation instinctive par le dedans, sorte d'épanchement affectif endogène ou d'instinct « rentré » (1).

---

(1) Cette tendance à ne rien abandonner d'inassimilé à l'extérieur sans remédier à cette privation affective par une compensation autistique, est un des principaux éléments de la *tendance schizonoïaque* (ou tendance à la discordance entre l'attitude consciente d'un individu et son activité inconsciente), décrite par Laforgue et Pichon dans les Névroses et la Schizophrénie (*Evolution psychiatrique*, Payot, 1925).

Désormais toute son énergie affective dérivera dans cette pernicieuse direction, chaque sacrifice nouveau au réel renforçant ce besoin inconscient de compensation d'une déception extérieure par la jouissance intérieure. L'individu, alors, sera définitivement engagé dans ce dilemme ; ou posséder tout objet réel de son désir comme la mère-aliment, se l'assimiler intégralement, le digérer psychiquement ; ou bien l'ignorer affectivement et y devenir indifférent en se réfugiant en lui-même jusqu'à se donner l'impression d'appréhender et de conserver l'univers dans sa propre personne ; — les deux éléments de ce dilemme aboutissant, le premier à la passion sadique destructive, et le second (qui finit par l'emporter) à la culture de l'autisme, véritable report narcissique de l'instinct sur soi-même.

Ces réactions sont d'ailleurs longtemps silencieuses — tant que le trouble instinctif reste « compensé », c'est-à-dire, le plus souvent, jusqu'aux déceptions de l'âge adulte en rapport avec l'impossibilité flagrante d'assouvissement instinctif ; — elles restent jusque-là dissimulées derrière une façade purement intellectuelle qui permet à l'individu en latence de trouble mental de copier artificiellement le caractère des individus normaux.

***

II. Le deuxième stade, de l'*Intériorisation affective* (Claude) est atteint lorsque l'individu, renonçant franchement aux intérêts de la vie réelle, se réfugie, de façon cliniquement évidente, en lui-même.

Dans cette vie *autistique*, tout instinct tend à la jouissance personnelle: Les misères de la vie réelle sont niées. L'avenir n'est plus qu'un mot. Le temps et l'espace n'ont plus d'importance. La condensation des images d'objets réels et des éléments du langage, la transmutation des valeurs affectives extérieures en valeurs intérieures s'organisent autour d'une toute-puissance subjective, d'une absurdité colossale ; et parmi les idées délirantes nées de cette désadaptation au réel, les *idées de grandeur* suppriment le souvenir de tout sevrage en ressucitant les voluptés (amorales et auto-érotiques) du paradis de l'enfance. Peu à peu se constitue toute cette symptomatologie bleulérienne dont *Minkowski* nous a donné de remarquables et définitifs exposés.

Devenu lui-même l'unique et définitif objet de son propre intérêt, le schizophrène réalise jusqu'au bout *cette inversion des polarités affectives* en vertu de laquelle le monde extérieur, principe de toute vie, devient pour l'individu ce qu'est pour le normal une matière morte et répulsive, tandis qu'inversement, le monde intérieur, prenant la signification d'une matière assimilée, occupe le centre de ses plus puissantes appétences

Bien entendu, cette perte de contact avec le réel, phénomène purement affectif secondaire à la régression de l'instinct vers sa fixation infantile primitive, est essentiellement variable dans son degré, suivant la gravité de l'arriération affective et aussi, dans de plus faibles proportions, suivant l'action favorable des circonstances : Le *schizoïde,* constitutionnel simple de la tendance à l'extériorisaton affective, reste capable d'action sociale. Le *schizomane* de *H. Claude* se console durant de longues années des déceptions réelles par un rêve autistique que supporte de façon relativement correcte sa personnalité. Le *schizophrène* vrai sombre vite dans la culture du monde imaginaire, ne restant en contact approximatif avec l'extérieur que par une couche superficielle de son être affectif.

⁂

III. Le troisième stade, de *Démence affective,* n'est atteint que par certains malades. La vie proprement intellectuelle résiste longtemps à cette entrave de l'élan instinctif ; mais certains processus affectifs s'effritent du fait de la défectueuse utilisation, par l'individu, de ses énergies instinctives. Le meilleur critère clinique de ce déficit affectif est l'*indifférence vraie au réel* (qu'il ne faut pas confondre avec la *fausse indifférence,* par déplacement transitoire des intérêts, si fréquente chez les psychopathes absorbés par leur trouble mental).

Aux dernières périodes cliniques de la maladie, apparaissent les signes d'abolition absolue de tout sentiment social, en rapport avec l'intégrale satisfaction instinctive de l'individu en soi-même. Ce dont témoignent des symptômes caractéristiques comme : la masturbation insouciante de tout public, et la reviviscence de l'intérêt infantile aux excréments.

⁂

Cette conception instinctiviste de la schizophrénie qui demande à être complétée, analysée en détail, *contrôlée,* ne heurte aucune des idées traditionnelles. Elle s'accorde en particulier avec certaines conceptions organicistes, les causes organiques comme le déséquilibre humoral, l'infection, l'alcoolisme, etc., agissant, au point de vue psychanalytique, en annulant les progrès évolutifs de l'instinct et en favorisant sa régression à des stades primaires de plus en plus anciens de la préhistoire affective de l'individu.

Bien entendu nous l'avons exposée, faute de temps, de manière extrêmement schématique, notre but étant seulement de montrer le grand avenir des conceptions psychiatriques dont nous sommes redevables à la psychanalyse, et dont deux grands esprits comme *Bleuler* et *H. Claude* ont su entrevoir ou vérifier l'immense intérêt scientifique.

La localisation cérébrale du syndrome catatonique

Par M. H. Steck

privat-docent à l'Université de Lausanne

Depuis la description du *syndrome extra-pyramidal,* on a cru pouvoir expliquer plus facilement les symptômes catatoniques. Si on cherchait dans le temps les lésions des psychoses dans l'écorce cérébrale, on se rend maintenant compte que ce champ était trop étroit, quelques auteurs sont alors allés encore plus loin, en cherchant à localiser l'ensemble des troubles catatoniques dans les ganglions de la base du cerveau.

Mes *recherches personnelles* sur le syndrome extra-pyramidal dans les maladies mentales (les démences organiques, particulièrement la paralysie générale, l'épilepsie, la démence catatonique), me conduisent à une localisation beaucoup moins étroite. Nous constatons dans la catatonie une atteinte de tout le *système fronto-ponto-strio-cérébelleux* avec prédominance des lésions corticales. La catatonie est une affection du cerveau entier. Mes observations microscopiques portent sur *8 schizophrénies catatoniformes.* Les *lésions corticales* sont toujours très nettes avec atteinte particulière de la 3e, mais aussi souvent de la 5e couche, sous forme de sclérose, de foyer de raréfaction, neuronophagie et encore prolifération névroglique dans la zone marginale. Les *lésions de la base* sont beaucoup moins régulières et beaucoup moins nettes, mais elles se trouvent dans des régions assez étendues comprenant le corps strié, le globus pallidus, les noyaux du pons, les noyaux mésencéphaliques, les noyaux dentelés du cervelet. Dans les noyaux caudés et les putamina on trouve surtout une raréfaction des grandes cellules à longs cylindraxes, les cellules conservées sont souvent sclérosées. La sclérose et la raréfaction sont des indices pathologiques beaucoup plus importants que la « neuronophagie » qui est un phénomène assez banal dans le corps strié. Dans quelques cas pourtant

la prolifération névroglique dans le corps strié a des caractères la différenciant nettement de ce que nous trouvions dans des cerveaux de contrôle (de tuberculeux ou d'accidentés). Particulièrement intéressant est l'épaississement de la couche névroglique sous-épendymaire dans les ventricules. La prolifération est également frappante autour des vaisseaux qui sont souvent entourés d'un tissu un peu lacunaire, les vaisseaux eux-mêmes sont parfois dilatés ou épaissis. C'est dans cette constatation morphologique qu'il faut à notre avis voir le *substratum anatomique de la faiblesse constitutionnelle des ganglions de la base du cerveau* qui se distinguent des autres régions du cerveau par une vulnérabilité particulière.

Ces lésions peu intenses nous expliquent la différence clinique nette entre les symptômes extra-pyramidaux dans la catatonie et celles des séquelles postencéphalitiques ; la bradykinésie catatonique n'est jamais absolue. Les symptômes moteurs catatoniques que nous trouvons dans ces séquelles sont beaucoup plus massives que dans la catatonie. Mais nous voyons justement par la coïncidence fréquente de symptômes extra-pyramidaux et de symptômes catatoniques dans les psychoses organiques (paralysie générale et épilepsie) que le *syndrome extra-pyramidal fournit la base neurologique* au syndrome catatonique.

Ce rapport a été prouvé par nos investigations dans les phases aiguës aussi bien que dans les stases chroniques des psychoses les plus diverses. Dans la phase aiguë de l'encéphalite épidémique, dans la paralysie générale aiguë, dans le délire idiopathique aigu et dans les catatonies aiguës nous trouvons des symptômes d'irritation et d'excitation du système extra-pyramidal sous forme d'agitation hyper et parakinétique ; dans les séquelles parkinsoniennes, dans les états paralytiques terminaux et les démences catatoniques stuporeuses nous voyons des phénomènes de déficit extra-pyramidal sous forme d'hyper ou hypotonie, akinésie, etc.

Toutes ces affections cérébrales avec perturbation des fonctions de la base du cerveau sont caractérisées par une symptomatologie composée de trois éléments distincts : nous trouvons des symptômes psychiques, des symptômes moteurs et des symptômes végétatifs. Cette triade que nous appelons d'après celui qui le premier l'a signalée particulièrement la *triade de Reichardt*. Elle se rencontre dans toutes les maladies

que nous venons d'énumérer. Nous trouvons dans la catatonie souvent les mêmes troubles végétatifs et sécrétoires qu'on rencontre dans les séquelles de l'encéphalite telle que par exemple la séborrhée faciale qui n'est pas rare dans la P. G. et chez certains déments épileptiques. Ces *symptômes végétatifs* sont un indice clinique pour la participation du tronc cérébral aux processus en question. Ces lésions localisées dans les centres végétatifs de la base sont d'une importance vitale, ce sont elles qui amènent dans bien des cas de P. G., de catatonie ou de délire aigu la mort, soit par *tuméfaction aiguë du cerveau,* soit par marasme général. L'autopsie des catatoniques ne montre souvent aucune lésion suffisante, dans les organes du corps, pour expliquer la mort subite, soulignant ainsi l'importance vitale des lésions cérébrales.

Nous voyons qu'une *pathogénèse très différente* s'attaquant à des régions analogues produit nécessairement une symptomatologie qui se ressemble aussi ; on ne doit pas oublier que les moyens de réaction du cerveau sont assez limités. La réaction pathologique que nous constatons sous forme d'un symptôme ou d'un syndrome déterminé est conditionnée en première ligne par la localisation de la lésion. J'insiste sur ce point qui paraît presque être une vérité de la Palisse ; mais on rencontre toujours des auteurs qui concluent d'une analogie symptomatique à une identité étiologique en nous parlant par exemple d'une étiologie encéphalitique de la démence précoce.

Si nous rattachons la motilité catatonique nettement au syndrome extra-pyramidal aussi bien dans les accès aigus que dans les stades terminaux et les états frustes, il n'est pas dit que tous ces troubles soient dus à des lésions définitives des régions de la base ; dans quelques cas il peut aussi s'agir d'une *libération des fonctions inférieures par lésions corticales* surtout frontales.

Et quand il s'agit des *troubles catatoniques psychiques complexes,* il faut éviter toute localisation étroite se confinant dans les régions de la base. Pour réaliser le syndrome catatonique complet il faut qu'une lésion corticale étendue vienne s'ajouter à la lésion de la base. Ceci est vrai non seulement pour la démence précoce mais aussi pour la paralysie générale et l'épilepsie. Le *négativisme et la stéréotypie* par exemple ne se trouvent pas dans des cas de lésion portant seule-

ment sur le corps strié. La clinique des séquelles de l'encéphalite épidémique en fournit la preuve évidente. D'après les conceptions de v. Monakow et de Schilder il faut admettre que la psychomotilité a sa représentation à plusieurs étages du névraxe. La *stéréotypie* est un des exemples les plus nets de la complexité des troubles psychomoteurs des aliénés ; on y rencontre des phénomènes d'*itération automatique* à composante de la base, mais aussi des éléments psychiques d'une localisation supérieure. Parmi nos catatoniques examinés histologiquement, celui qui présenta la stéréotypie la plus nette, la plus classique, présentait des lésions striées des plus discrètes ; il était cependant intéressant que la stéréotypie (balancement d'une poupée) avait nettement deux composantes, une psychique (complexe de maternité), et une autre motrice constitutionnelle (tendance observée déjà dans l'enfance aux mouvements rythmés), dénotant un trouble dans les automatismes qu'on rattache généralement aux fonctions du corps strié. Les uns dénient toute importance aux fonctions striées pour la catatonie et les autres veulent localiser la catatonie entièrement dans les régions de la base, mais toutes ces opinions extrêmes ne correspondent certainement pas à la réalité.

Nous ne pouvons pas localiser des fonctions, mais seulement des lésions troublant ces fonctions. Il faut nous habituer à voir troublée la même fonction par des lésions se trouvant à des étages bien différents du névraxe, les troubles présenteront quelques nuances. C'est ainsi que nous verrons toutes les *transitions* entre la catalepsie et la rigidité de fixation provenant d'une lésion striée.

Si les troubles neurologiques sont encore relativement faciles à localiser, les troubles psychiques se dérobent souvent complètement à nos tentatives. Ceci est surtout vrai pour les troubles de l'*affectivité* qui jouent un rôle si important dans la démence précoce. Notre affectivité prend sa source dans la profondeur de notre vie *végétative,* cette vie végétative est nettement altérée par les lésions du tronc cérébral. D'autre part nous voyons par l'encéphalite épidémique que le *stimulus moteur,* la mise en train est en rapport étroit avec les automatismes moteurs plus ou moins localisables dans les ganglions de la base. Le parallélisme psychomoteur et la triade de Reichardt ne peuvent s'expliquer aisément que par la lésion d'un

appareil régulateur central. Dans l'indifférence affective, le manque d'initiative, le défaut d'auto-conduction, l'abaissement de la tension associative, on voit toujours apparaître l'influence d'un trouble de cette fonction régulatrice basale. Mais pour finir la symptomatologie des catatoniques ne s'explique que par une atteinte simultanée de plusieurs étages du cerveau.

M. Donaggio. — La tendance, qu'on retrouve aussi dans l'important rapport de M. le professeur Bleuler, à considérer le syndrome catatonique comme dépendant des lésions des ganglions de la base, est une dérivation et une application de la doctrine qui attribue aux lésions des ganglions de la base l'origine du syndrome qu'on appelle précisément strio-pallidal. Mais il s'agit d'analogies, il ne s'agit pas de faits exactement démontrés. Pour ce qui a trait à la catatonie, je n'ai pas trouvé de lésions remarquables dans les ganglions de la base. Mais nous ne pouvons même dire si réellement, selon les exigences de la doctrine, qui a envahi le territoire de la neuropathologie et aussi de la psychiatrie, les lésions des ganglions de base donnent lieu à la phénoménologie qu'on appelle striopallidale. En 1923, j'ai démontré, surtout avec mes méthodes, que la doctrine lenticulaire, ou lenticulo-nigrique, ou simplement nigrique, proposée pour l'explication d'une forme très fréquente de rigidité, telle que le parkinsonisme post-encéphalitique, ne correspond pas aux faits d'observation ; j'ai trouvé que cette maladie est en rapport avec une lésion étendue de l'écorce cérébrale (région préfrontale, région motrice), associée à des lésions du « locus niger » ; en rapport aux faits d'observation, j'ai formulé une *doctrine cortico-nigrique* du parkinsonisme. Il faut rappeler que des lésions légères ou graves de ganglions de la base peuvent s'établir sans donner lieu à aucun des phénomènes du syndrome qu'on appelle strio-pallidal, et aussi que ce syndrome peut se présenter sans aucune lésion des ganglions de la base. On a même établi que les ganglions de la base sont extrêmement prêts à s'altérer, et qu'ils peuvent donner lieu, surtout par la fixation avec le formol, à des produits artificiels qui ont l'apparence des lésions (Bielschowsky, Perusini, Biondi, etc.). Dans plusieurs cas on n'a pas pris en considération suffisante l'existence évidente de lésions de l'écorce cérébrale (par exemple, dans la maladie

de Wilson). L'écorce cérébrale a été presque oubliée, ou incomplètement étudiée avec des méthodes insuffisantes. Une revision complète de la question s'impose. Les recherches de M. Steck, qui conclut par une prééminence des lésions de l'écorce cérébrale dans le syndrome catatonique, présentent un intérêt évident, quoique M. Steck se rattache à la doctrine strio-pallidale.

Contribution à l'étude des relations existantes entre la schizophrénie et la tuberculose

Par MM. E. Mira, B. Rodriguez Arias et T. Seix
(de Barcelone)

Il y a longtemps qu'on connaît la fréquente coexistence des formes les plus claires de la schizophrénie et de la toxi-infection tuberculeuse (dans ses manifestations pleuro-pulmonaires spécialement).

Ce fait fût interprété comme une conséquence de la psychose schizophrénique et de la conduite suivie par le malade (insomnie, négativisme, sytophobies, excitation, etc.), sur l'état général de l'organisme (qui se trouverait, de cette sorte, très débilité), et aussi, comme une contagion directe, toujours facile dans les asiles d'aliénés.

Mais très récemment plusieurs auteurs (Kraus, Liebermeister, Chiarla, Zalla, etc.), ont attiré l'attention sur des faits, qui posent cette question d'une façon tout à fait différente, car il semble que dans un certain nombre de cas, tout au moins, la toxi-infection tuberculeuse, agissant directement sur un cerveau prédisposé, produirait la schizophrénie. Plus que l'effet, la tuberculose serait, alors, la cause de la schizophrénie.

Voici — d'une façon résumée — les faits qui plaident en faveur de cette hypothèse :

a) Le pourcentage des schizophrènes tuberculeux est beaucoup supérieur à ceux des autres malades mentaux tuberculeux.

b) Il existe une coïncidence frappante entre le « type somatique » des tuberculeux (décrit il y a des années, par Landouzy sous le nom de « type bacillaire ») et le « type somatique » des schizophrènes (isolé par Krestchmer avec le nom de « type leptosomique »). Nous croyons qu'il suffit de comparer les descriptions de ces deux auteurs pour se rendre compte qu'il s'agit de caractéristiques anthropologiques tout à

fait identiques. Si on a fait souvent l'objection de ce que la schizophrénie se développe aussi sur des sujets très vigoureux aux points de vue musculaire (type athlétique de Kretschmer) c'est précisément parce que la tuberculose peut se développer aussi bien chez les athlètes (ancienne phtisie des athlètes). Enfin, la schizophrénie est relativement fréquente dans les « displastiques » à cause, peut-être, de ce que la majorité de ceux-ci sont des lymphatiques (et vagotoniques).

c) Les schizophrènes s'améliorent d'habitude s'ils font la cure de repos, de soleil, de récalcification, etc., qu'on emploie dans le traitement des malades tuberculeux.

d) On trouve souvent une lymphocytose dans les schizophrènes, tout à fait semblable à celle des tuberculeux.

e) L'anatomie pathologique de la schizophrénie est, encore, très incertaine, malgré les efforts accomplis par des investigateurs les plus éminents. Peut-être le désaccord des travaux de Klarfeld, Josephy, Mott, Dunlap, Schiff, Buscaino, Wladyczko, Donnaggio, Anglade, etc., est dû plus qu'à une différence de méthode, qu'à ce que le matériel avec lequel ils ont opéré était originairement différent, c'est-à-dire correspondait à des maladies diverses qui présentaient un même *syndrome réactionnel schizophrénique.*

f) Les manifestations psychiques des tuberculeux pulmonaires (changement de caractère, états confusionnels, délirants, hallucinatoires, etc.), étaient connues des internistes bien avant qu'on eût décrit la démence précoce. Cela prouve que l'infection tuberculeuse elle-même peut donner lieu à des symptômes psychiques polymorphes.

Quelques pédiatres sont arrivés même à considérer l'autisme comme un signe précoce des méningites tuberculeuses des enfants.

Toutes ces circonstances nous ont fait croire qu'il serait, peut-être, utile d'apporter à ce Congrès notre contribution, très modeste d'ailleurs, à l'étude du problème indéniable des relations existant entre la schizophrénie et la tuberculose.

Nous avons suivi, pour la réalisation de notre travail, les suggestions de Chiarla.

Voici nos deux buts :

1) Etablir le pourcentage des malades schizophréniques qui présentent des signes réactionnels de tuberculose, en le compa-

rant avec les autres pourcentages analogues de malades mentaux.

2) Etudier les modifications évolutives du syndrome schizophrénique dües à une thérapeutique anti-tuberculeuse générale.

Tout cela a été investigué à l'aide des moyens suivants:

a) Pratique systématique de la réaction de Mantoux dans presque tous les malades de l'asile d'aliénés de Salt (Gerona) (en collaboration avec le docteur J. Castany, médecin-directeur de l'asile) et dans un certain nombre de malades de notre service de l'Asile du Parc (Barcelone).

b) Pratique systématique de la réaction à la tuberculine de Koch dans quelques groupes de malades mentaux appartenant à l'asile d'aliénés de S. Baudilio de Llobregat (Barcelone), en collaboration avec les docteurs A. Rodriguez-Morini, médecin-directeur de l'asile ; J. Montal et M. Morales, chefs de service de l'asile, et T. Seix, spécialiste phtisiologue, chef de service à la salle des maladies respiratoires de l'Hôpital Clinique de Barcelone.

c) Exploration radiologique et clinique des malades de l'asile de S. Baudilio.

d) Pratique du traitement anti-tuberculeux ordinaire, du pneumothorax artificiel et des injections intra-veineuses de sanocrysine, dans certains cas de schizophrénie où ils sont indiqués. Mais nous sommes en train, seulement, d'accomplir cela et nous ne pouvons pas communiquer nos résultats thérapeutiques.

Asile de Salt : 350 malades examinés.

Les résultats de la réaction de Mantoux (injection intradermique de tuberculine : 2 gouttes de la tuberculine ancienne de Koch au 1 pour 5.000) étant très difficiles à classer, ainsi que les diagnostics psychiatriques, nous donnons quelques pourcentages, seulement :

Démence terminale : réaction locale (positive, 88,5 0/0 ; négative, 11,5 0/0) ; réaction générale (positive, 65,4 0/0 ; négative, 34,6 0/0).

Démence précoce : réaction locale (positive, 89,2 0/0 ; négative, 10,8 0/0) ; réaction générale (positive, 76,1 0/0 ; négative, 23,9 0/0).

Oligophrénie : réaction locale (positive, 91,7 0/0 ; négative, 8,3 0/0) ; réaction générale (positive, 60,8 0/0 ; négative, 39,2 0/0).

Epilepsie : réaction locale (positive, 100 0/0) ; réaction générale (positive, 80 0/0 ; négative, 20 0/0).

Psychose maniaque dépressive : réaction locale (positive, 100 0/0) ; réaction générale (positive, 67,9 0/0 ; négative, 32,1 0/0).

Maladies diverses : réaction locale (positive, 91,4 0/0 ; négative, 8,6 0/0) ; réaction générale (positive, 60,4 0/0 ; négative, 39,6 0/0).

Asile du Parc : 34 malades examinés (réaction de Mantoux) :

Schizophrénie (10 cas) : moyenne de la différence des températures normale et réactionnelle, 1,1.

Oligophrénie (2 cas) : id., id., 1,2.

Epilepsie (9 cas) : id., id., 0,8.

Paralysie générale (6 cas) : id., id., 0,6.

Psychose maniaque-dépressive (7 cas) : id., id., 0,3.

Asile de S. Bandilio de Leobregch : 125 malades examinés (injection de tuberculine ancienne de Koch — Meister Lucius, T. A. — au 1 pour 1.000, ne dépassant jamais la dose de 1/2 milligramme) (radioscopie toracique).

Démence précoce (42 cas) : v. positifs, 74 0/0 ; v. négatifs, 26 0/0.

Oligophrénie (34 cas) : v. positifs, 88,3 0/0 ; v. négatifs, 11,7 0/0.

Epilepsie (19 cas) : v. positifs, 78 0/0 ; v. négatifs, 22 0/0.

Psychose dégénérative (17 cas) : v. positifs, 41 0/0 ; v. négatifs, 59 0/0.

Psychose maniaque-dépressive (8 cas) : v. positifs, 50 0/0 ; v. négatifs, 50 0/0.

Maladies différentes (5 cas) (1).

Quelles conclusions peut-on tirer de notre étude ? Il faut être extraordinairement prudent à ce sujet. Nous nous hâtons de dire même que notre idée — en faisant ce travail — n'était pas celle d'arriver à des conclusions impressionnantes, mais seulement celle d'apporter des faits qui puissent être utilisés et interprétés par les investigateurs qui s'occupent de la question.

Néanmoins, pour synthétiser en quelque sorte les résultats que nous avons obtenus, nous disons :

1° Que les malades mentales, en général, présentent une sensibilité à l'inoculation intradermique de la tuberculine qui est — dans les cas positifs — même plus grande que celle

(1) Dans un prochain travail, nous tâcherons de donner toutes sortes de détails à propos de nos différentes observations.

des tuberculeux pulmonaires. En effet, le pourcentage des réactions fébriles obtenues avec l'épreuve de Mantoux est presque nul dans les tuberculeux pulmonaires tandis qu'il dépasse le 50 0/0 des cas dans les malades mentales que nous avons observées.

2° Il n'existe pas de corrélation positive entre la sensibilité au Mantoux et à l'injection hypodermique de tuberculose, et le temps de permanence des malades dans l'asile.

3° Entre les différents groupes de malades mentaux, les oligophréniques (88,3), les schizophréniques (74 0/0) et les épileptiques (78 0/0) sont ceux qui ont donné un pourcentage le plus élevé de réactions positives à la tuberculine, avec des doses de cette substance bien inférieures à celles qu'on utilise ordinairement. En aucun cas, en effet, nous avons dépassé la dose d'un demi-milligramme de T. A.

4° Il existe beaucoup de cas dans lesquels la réaction à la tuberculine est évidemment positive et les données de l'exploration radiologique sont négatives. De sorte qu'on ne peut pas établir une corrélation entre ces deux ordres de données.

5° En général, on peut dire que des malades mentaux que nous avons examinés, ceux qui réactionnent le plus intensément aux épreuves spécifiques d'investigation de la tuberculose, sont ceux qui souffrent d'un syndrome psychique déficitaire, d'allure chronique, indépendamment de sa symptomatologie concomittante, c'est-à-dire : les oligophréniques, les schizophréniques et les épileptiques essentiels.

L'Autisme

Par M. E. Minkowski (de Paris)

La notion de l'autisme vit le jour en même temps que celle du complexe. Il en résulta une union très intime entre ces deux notions. L'autisme devenait tout naturellement, dans ces conditions, une intériorisation, un repliement sur soi-même ou plus exactement sur ses complexes, un détachement de la réalité, accompagné d'une prédominance de la vie intérieure. La définition que Bleuler donne de l'autisme souligne nettement ces rapports. Les schizophrènes immobiles, recroquevillés sur eux-mêmes, ne regardant personne, ne repondant pas aux questions, tirant la couverture sur la tête, comme pour fuir la moindre excitation insolite venant du dehors, deviennent la meilleure illustration de l'autisme ainsi défini. En même temps, dans le domaine de la psychologie normale, le phénomène de rêverie sort du prototype de l'activité autistique.

Cette façon de voir, se montre cependant insuffisante à la longue. Les schizophrènes sont loin d'être tous des êtres passifs, repliés sur eux-mêmes, plongés dans une rêverie à l'état de veille. Ils agissent aussi et cette activité porte une empreinte profondément morbide, sans qu'il soit possible, ni même nécessaire d'y voir l'expression de complexes cachés. Cette activité morbide permet parfois à elle seule de poser le diagnostic.

Dans un petit appartement vit à l'étroit la famille d'un employé. Les revenus du père suffisent à peine aux besoins de la vie courante. La mère un jour déclare qu'elle veut un piano pour permettre aux enfants de continuer les leçons de musique qu'ils avaient pris jadis, quand la situation avait été meilleure. En vain le père essaie-t-il de l'en dissuader. Elle veut un piano et elle l'aura. Elle sait faire de la couture. Elle trouve du travail et passe des nuits blanches. Un jour, le père en rentrant du bureau, trouve chez lui tout surpris un beau piano

neuf. Le piano est là, mais il jure avec le restant du mobilier, reste là comme un étranger, comme chose morte, sans lendemain. Il sert surtout au fils aîné qui vient de traverser un accès grave de schizophrénie, qui n'est pas mauvais musicien, mais qui maintenant éprouve le besoin de jouer tard dans la nuit, ce qui donne lieu à des plaintes de la part des voisins.

Il ne peut y avoir le moindre doute que l'achat du piano soit dans ces conditions, rentré dans la catégorie des manifestations schizoïdes et autistiques. Pourtant il ne saurait être question d'interiorisation ici. La femme de notre employé ne se contente pas de s'imaginer qu'elle a un piano placé dans un appartement luxueux ; elle n'exécute pas non plus de mouvements stéréotypés, comme si elle jouait du piano. Elle veut avoir un piano et ce désir n'a en lui-même rien d'incompréhensible, ni de morbide. Elle le veut à tout prix et arrive à ses fins. On a presque envie de la féliciter de son endurance. Et pourtant il manque au tout quelque chose d'essentiel : il lui manque la vie. Le piano n'est qu'une gêne dans le ménage et l'acte accompli avec tant de ténacité reste sans lendemain, se meurt de sa rigidité aveugle et cadavérique.

Un jeune ingénieur, schizophrène avancé, cédant aux insistances de ses parents, décide brusquement de chercher du travail. Il fait alors le même jour cent cinquante demandes d'emploi et les envoie à des adresses différentes, sans se préoccuper si cette démarche avait la moindre chance de succès. Un autre jour, il part, sans rien dire à ses parents, à Paris pour chercher du travail. Il fait à pied, en deux jours les quatre-vingt dix kilomètres qui le séparent de la capitale et y arrive dans un tel état qu'il se fait arrêter pour vagabondage. Mais ainsi par une idée — nous n'osons pas dire : par un désir — réaliste, l'acte par lui-même se montre, dans sa réalisation, on ne peut plus autistique et schizophrénique.

L'idée se fait jour ainsi que l'affectivité et la pensée autistiques ne peuvent épuiser à elles-seules la notion de l'autisme. Il existe encore une activité autistique, une activité *primitivement* autistique. L'union entre l'autisme et le complexe paraît maintenant plus ou moins contingente. Le divorce entre ces deux notions peut être prononcé, quitte à examiner ensuite leurs rapports réciproques.

C'est ici qu'intervient la notion de perte de contact vital — et j'appuie sur le mot « vital » — avec la réalité, en tant que

trouble essentiel de la schizophrénie. Cette notion embrasse tout aussi bien l'affectivité que l'activité autistiques et ne nous oblige aucunement à restreindre cette perte de contact à un repliement sur soi-même. Elle nous libère d'interprétation par trop physiologiques. Au lieu d'identifier l'autisme à l'intériorisation et à une attitude de passivité, en faisant pour ainsi dire de la surface du corps l'unique ligne de démarcation entre le moi et le monde ambiant, elle ouvre largement la porte à des conceptions plus physiologiques et de ce fait plus appropriées aux faits et à la vie.

Pendant que je suis en train d'enfoncer un clou avec un marteau, je fais un avec ces objets. Le monde ambiant ne commence que plus loin. Si j'enfonce ce clou rien que pour le plaisir de l'enfoncer et non pas pour y suspendre un tableau, si je continue ma besogne malgré la nouvelle qu'on m'apporte que le tableau que je voulais y suspendre vient d'être cassé ou que mon clou est en train d'endommager sérieusement le mur, si enfin je n'interromps pas mon travail, en entendant mon fils, dans la chambre voisine, m'appeler à son secours, dans tous ces cas j'aurai mérité pour le moins le nom de schizoïde.

Figurons-nous maintenant une autre scène. Assis dans mon fauteuil, je suis plongé dans mes réflexions sur la schizophrénie et vois déjà mes travaux rencontrer une approbation unanime. A ce moment ma femme vient me mettre dans les mains un marteau, en me demandant de renforcer un clou, sans quoi le tableau qui y est suspendu risque de tomber sur la tête des enfants. Cette fois-ci j'éprouverais évidemment le marteau comme appel venant du monde extérieur. Si je ne bouge pas, je m'expose de nouveau à m'entendre traiter, avec juste raison d'ailleurs, de schizoïde.

Dans les deux situations, il s'agit au fond du même trouble que nous traduisons on ne peut mieux par la notion de perte de contact vital avec la réalité. La différence ne vient que du fait que dans la première situation nous avons affaire à l'homme en action et aux rapports avec l'ambiance déterminés justement par l'activité, tandis que dans la deuxième situation nous voyons devant nous l'homme extérieurement passif, plongé dans ses réflexions.

Ces deux exemples nous permettent de nous rendre compte que, dans le domaine de la schizophrénie, il existe, en dehors

de l'affectivité et la pensée autistiques, une activité primitivement autistique et qu'il y a lieu ainsi de distinguer à côté d'un *autisme riche,* riche en raison de la présence de facteurs affectifs et imaginaires, un *autisme pauvre* (1), visant avant tout le déficit primaire de l'activité. Les descriptions de Kretschmer et même celles de Bleuler abondent au fond dans le même sens.

C'est l'autisme pauvre qui, à mon avis, traduit dans sa forme la plus primitive le trouble essentiel de la schizophrénie. Les phénomènes tels que la rêverie qui constituent le contenu de l'autisme riche, ne sont que des mécanismes de compensation, des manifestations secondaires, des attitudes schizophréniques, comme nous le disons (2).

Il devient nécessaire de compléter maintenant la psychopathologie de la schizophrénie par l'étude de l'activité schizophrénique. C'est là une tâche qui n'est guère facile. Il ne s'agit pas tant de l'étude de volitions isolées, que de la façon dont les buts et les actes s'enchaînent et se rattachent les uns aux autres, de la façon dont ils s'extériorisent et s'adaptent au mouvement de la vie ambiante, du degré de leur malléabilité, en un mot, de l'épanouissement de la personnalité humaine. Les notions de psychologie traditionnelle se montreront rapidement insuffisantes à ce point de vue ; mais nous ne nous en préoccuperons pas outre mesure et chercherons des notions plus appropriées aux faits de la vie ; nous parlerons « d'actes sans lendemain », comme l'achat du piano par la femme de notre employé, « d'actes à court circuit ou actes avortés », comme les tentatives de notre ingénieur de trouver du travail, etc. Nous ne pouvons nous étendre davantage ici sur ce sujet. Nous croyons cependant avoir mis en évidence un point très important concernant la notion de l'autisme, point destiné à enrichir et à approfondir nos connaissances sur la schizophrénie.

---

(1) Ces expressions « autisme riche » et « autisme pauvre » m'ont été suggérées dans une conversation par M. D. Santenoise.

(2) E. Minkowski. — Symptômes et attitudes schizophréniques. *XXIXe Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et de langue française.* Paris, 1925.

B. COMMUNICATIONS PSYCHIATRIQUES DIVERSES

Haines Familiales

Par M. Gilbert-Robin

Chef de clinique à la Faculté de Paris

Bien que ce soit un sujet pénible, nous croyons utile d'étudier les haines familiales, ne serait-ce que pour en indiquer les causes principales et montrer comment on peut les prévenir, ou, quand il est trop tard, essayer de les faire disparaître, ce qui, dans certains cas, exige un véritable traitement du médecin spécialiste.

La haine familiale se manifeste à tout âge. Il faut la dépister dès l'enfance. Le contraste est frappant de quelques enfants de tous points corrects, irréprochables, avec les étrangers et livrés à tous les désordres de la conduite dans le milieu familial. Dans d'autres cas, il est difficile de dépister un différent familial chez des jeunes gens dont la tendance à s'isoler est d'autant moins remarquée que, par intervalles, ils ont pour les parents de véritables crises de tendresse, les couvrant de caresses et témoignant ainsi, par une expansivité qui semble *de commande*, par une sorte de *stéréotypie* dans les démonstrations affectueuses, d'une lutte intérieure dans leurs sentiments familiaux. Il convient de n'être pas trop pessimiste sur les *brouilles*, même les plus tenaces, abritant souvent une affection réciproque intacte. Nombre de familles, divisées en apparence, ne sont en réalité troublées que par des *scènes d'intérieur* qui ne comportent pas une réelle hostilité des sentiments, même quand elles aboutissent aux plus graves réactions antisociales. La haine est un sommet, un point culmi-

nant. Les dissentiments, les antipathies, les répugnances, les aversions même ne conduisent pas toujours à cette position extrême. Aussi devons-nous prévenir que nous emploierons le mot haine dans un sens très général.

Que nous ayons affaire à la haine familiale chez les normaux, chez les névropathes ou chez les aliénés, les rouages psychologiques qui les mettent en branle sont, à part quelques exceptions, les mêmes pour tous. Aussi les aperçus psychologiques que nous donnerons auront-ils avant tout un caractère d'ensemble.

Il importe de rechercher : 1° de quelles névroses, de quelles psychoses un cas de haine familiale peut être symptomatique ; 2° d'autre part et *vice-versa,* s'il n'y a pas des névroses, des psychoses qui soient symptomatiques de haines familiales, plus ou moins déguisées sous des symboles et parfois totalement ignorées du sujet.

⁂

La haine, ayant un caractère volontaire, exige un minimum intellectuel, une faculté d'appréciation que ne présente pas toujours l'idiot, l'imbécile ou le dément. Une hostilité durable de l'idiot ou de l'imbécile à l'égard de sa famille témoigne plutôt d'une réaction automatique fixée, devenue habituelle. C'est une sorte de stéréotypie. Souvent chez les déments (paralytiques généraux, épileptiques, etc.), l'irritabilité, la violence, tiennent lieu d'intensité affective. Les réactions les plus dangereuses prouvent peut-être que l'automatisme suit la ligne directrice des sentiments, mais dépasse le but par une absence de contrôle, une impulsivité vraiment démentielle.

On rencontre les haines familiales les plus tenaces et les plus ardentes dans les délires — principalement dans les délires d'interprétation et de revendication — soit que les malades mettent leur famille au rang des persécuteurs, soit qu'ils la renient pour lui préférer une famille de nom plus glorieux, d'origine princière la plupart du temps. Les paranoïaques sont au plus haut chef des *tyrans familiaux.* Souvent, à une phase plus ou moins avancée de la maladie, les idées de grandeur leur faisant méconnaître tout à fait leurs parents, apaisent la haine en la transformant en mépris.

Dans la psychose perverse « moral insanity » la haine familiale se met au service d'une méchanceté foncière. Elle trouve dans l'état mental habituel des sujets un terrain favorable. Deux éléments principaux, l'indifférence morale et les perversions instinctives, sont à la base de cette anesthésie du sens moral, qui pousse ces individus à des réactions impulsives. Véritables « fléaux de famille », dès l'enfance, ils joignent souvent la mythomanie à la malignité.

Ce sont les *faux enfants martyrs* de Dupré, les petits *accusateurs criminels,* coupables de calomnies et de faux témoignages contre leurs parents qu'ils chargent de tous les méfaits.

Mais c'est dans la schizophrénie et surtout dans la schizomanie que se présentent les cas les plus purs de haine familiale. Certes, la désaffection familiale est la règle dans cette entité clinique, décrite par Morel et Kræpelin, qui se développe sur un type de lésions dégénératives, la « démence précoce ». Toutefois, ces jeunes sujets sont trop indifférents pour haïr. Ils recherchent l'indolence à tout prix et, plutôt que des manifestations de haine, les réactions de mauvaise humeur et d'hostilité impulsive des « déments précoces » sont des moyens de défense vis-à-vis de leur famille quand elle tente de les stimuler et de vaincre leur indifférence.

Il en va tout autrement dans la schizomanie et la schizophrénie où l'indifférence apparente des malades cache un « noyau profond » (Minkowski), chargé d'énergie affective. L'autisme est souvent occupé tout entier par un complexe familial. Il n'est pas rare qu'au début de l'affection, les jeunes sujets, par une traduction intellectualisée du trouble cénesthésique ou des phénomènes d'automatisme mental qu'ils ressentent, insultent, maltraitent leurs parents et — *métamorphose familiale* qui leur est coutumière — se croient issus d'une autre souche. Le délire n'est ici qu'une justification affective. La perversion des sentiments dans les premiers stades de la schizophrénie a contribué à faire donner le nom de *folie morale acquise* à l'ensemble de ces phénomènes. Nous avons examiné une jeune fille de 20 ans qui couchait avec une hache sous son oreiller, dans l'intention de tuer son père. Chez les schizomanes dont la vie extérieure, l'ambiance, est négligée au profit d'une vie intérieure entièrement affective, la compensation par une rêverie morbide ne se produit pas

dans tous les cas. Il arrive que par suite du phénomène de *bouderie* décrit par Borel tout contact devient désormais impossible entre le milieu familial et ces sujets. Une jeune fille qui, après des manifestations de haine parentale, pouvait être considérée comme guérie, se montrant insouciante, gaie, heureuse dans notre service, refuse de s'alimenter et fait un accès dépressif dès qu'on la remet dans sa famille. Hospitalisée de nouveau, elle s'améliore aussitôt et mange régulièrement. Un motif futile qui semble déclencher la psychose a pu réveiller des complexes remontant à l'enfance. Une de nos malades reçoit à 15 ans une gifle de son père et pendant plus de dix ans refuse de le voir. De retour chez ses parents elle s'y trouve mal et fait une fugue. Il semble bien que la gifle n'ait été qu'un prétexte, une justification accidentelle. On trouve chez divers auteurs de nombreuses observations de haine familiale morbide qui paraissent relever de la schizophrénie et surtout de la schizomanie.

Dans les obsessions, les phobies, les impulsions, la haine familiale joue également un rôle considérable. On sait que l'idée qu'on veut chasser est souvent celle qui revient sans cesse, que les sentiments et les tendances opposés, comme les pôles électriques de signes contraires, s'attirent électivement. L'ambivalence est un phénomène bien connu. Une mère idolâtrant son enfant aura la phobie de lui faire du mal, ne pensera qu'à cela, ruminera des idées de crime et sera obligée de fuir celui qu'elle ne redoute sans doute de tuer que parce qu'elle l'aime trop ardemment.

Souvent, mais pas toujours, l'obsession qui met à jour des craintes peut aussi révéler des désirs restés jusqu'alors inconscients. Tel fils qui songe avec effroi à la mort de son père et ne pense qu'à cela, laisse quelquefois transparaître le désir plus ou moins conscient de le voir disparaître. On observe des phénomènes comparables dans la confusion mentale ; nous avons vu notamment des jeunes femmes, atteintes de psychose puerpérale, manifester de la haine pour un enfant qui n'avait pas été désiré, surtout dans les cas où, le mari n'étant pas aimé, des velléités de divorce avaient traversé son esprit. L'esprit confus exprimait ce qu'il n'aurait pas dit s'il n'eût été confus. Libérées par la confusion mentale, les forces affectives qui, à l'état normal, auraient été réprimées et contenues, révélaient en pleine lumière leurs tendances

profondes. Souvent le thème familial n'apparaît pas au premier abord ; il faut aller le chercher sous des symboles ou des expressions délirantes qui paraissent lui être tout à fait étrangers.

⁂

Mais déjà nous empiétons sur le deuxième aspect du problème, le plus délicat, il faut bien le dire, celui où la psycho-névrose est symptomatique de haine familiale et souvent de haine complètement inconsciente. Désormais, ce n'est plus, comme précédemment, en partant de la haine que nous découvrirons la psycho-névrose, c'est en partant de la psycho-névrose que, par des chemins détournés, nous aboutirons à la haine.

Nombre d'obsessions, de phobies, d'impulsions, de cas d'impuissance chez l'homme, de frigidité chez la femme, de crises d'anxiété, d'états de neurasthénie et de psychasténie, de préoccupations hyponchondriaques, de manifestations hystériques, de schizophrénie au début et même d'états diagnostiqués paranoïdes qui restent pour nous difficilement explicables et résistent aux moyens thérapeutiques classiques, relèveraient, selon Freud, d'un complexe affectif d'ordre familial et seraient curables par la psychanalyse. On sait quel rôle jouerait pour le psychiatre de Vienne le complexe d'Œdipe et on comprend, dans une certaine mesure, la gêne des médecins eux-mêmes devant certaines allusions. Au temps de la puberté, la tâche du fils (et vice-versa pour la fille) consisterait « à détacher de sa mère ses désirs libidineux pour les porter sur un objet étranger et à se réconcilier avec son père ». Il doit en quelque sorte liquider le complexe d'Œdipe, s'en libérer. Or, le névrotique échoue généralement et les psycho-névroses représentent les tendances sexuelles infantiles refoulées ou de véritables régressions à l'enfance. Pour Freud, l'amour filial de l'enfant ne va guère sans haine, et le névrotique retourne ou demeure à ce stade infantile. Ainsi il n'y aurait donc pas de psychonévroses sans complexes familiaux à leur base et, en présence d'un trouble psychique devrions-nous, grâce à la psychanalyse, sonder dans chaque cas le souvenir de la première enfance afin d'y déceler à tout prix un complexe familial ?

Je pose simplement le problème, je n'ai pas ici la préten-

tion de le résoudre. Mais l'importance de la question n'échappera, je l'espère, à personne et appellera l'attention des médecins.

⁂

Au point de vue de la conduite à tenir, la majorité des cas, la solution de l'internement étant écartée, nous semble exiger la séparation du malade et du milieu familial. L'éloignement, l'isolement permettent, dans une certaine mesure, un apaisement de la haine ,même dans les cas de folie morale et de délires devenus chroniques. Certains malades qui peuvent être déplacés, envoyés dans un nouveau milieu, sont susceptibles, sous une surveillance médicale, bien entendu, de reprendre une activité utile. Pour notre part, nous avons pu remettre en liberté, dans ces conditions et sans incident ultérieur, des sujets dont la haine délirante était systématisée électivement autour de tel ou tel membre de leur famille. Evidemment, on ne saurait être trop prudent, trop circonspect.

En instituant judicieusement un traitement médical, en injectant du mercure ou de l'arsenic à des syphilitiques, en faisant une cure de désintoxication hépato-rénale chez les confus, les toxicomanes, les déments séniles, etc., le psychiatre verra souvent la haine s'améliorer parallèlement à la psychose qui la conditionnait.

Dans bien des cas de déséquilibre psychique, de neurasthénie, de psychasthénie et d'anxiété, la psychothérapie suffit pour venir à bout de la haine familiale et, partant, à faire cesser la psychonévrose qu'elle sous-tendait. C'est pourquoi la notion des constitutions morbides, si vraie et si utile pour l'appréciation des psychoses, ne devra pas avoir, à notre sens, un caractère de fatalité qui découragerait, à l'avance, toute tentative thérapeutique. Ainsi pour ne prendre qu'un exemple sur lequel Bovet a insisté, le vagabondage chez l'enfant n'implique pas forcément une constitution perverse. L'idée de rebellion contre le père, considéré comme un rival amoureux (Freud) ou comme un tyran (Adler), peut être à la base d'un conflit mental qui, lorsqu'il n'est pas dénoué par le parricide, le suicide ou parfois la schizophrénie, se résout ici en vagabondage.

Cependant, à côté des cas où suffit la psychothérapie

habituelle, rappelons-nous ces cas de neurasthénie, de psychasthénie, d'obsessions, de phobies, d'impulsions, de schizomanie et de schizophrénie où la personnalité, tout entière rétractée et parfois tout entière retournée, obéit à un mode de pensée, non plus logique, mais « autiste », en rapport avec une logique affective indépendante de notre logique rationnelle. La psychanalyse peut être d'un bon secours dans ces cas précisément où le différend familial inconscient, ignoré du sujet, procède d'une personnalité troublée dès l'enfance par les incidents de l'existence, les maladresses des parents, leurs mauvais exemples, etc.

La tâche du psychanalyste consiste alors à découvrir le ou les complexes affectifs qui ont pu troubler la personnalité au point de la modifier ou de l'orienter selon des voies anormales. Les complexes n'attendent pas toujours la puberté pour se traduire en symptômes morbides. Chez l'enfant, les obsessions, les phobies, certaines impulsions, les crises d'angoisse, les peurs nocturnes, certaines colères morbides, les troubles de la conduite et du caractère, en dehors de tares psychopathiques personnelles et héréditaires, seront suspectes au médecin et solliciteront son analyse. Abandonné à eux-mêmes, ces enfants peuvent verser dans la délinquance ou dans la schizomanie et la schizophrénie. De même, on ne traitera pas à la légère ces troubles trop souvent négligés de l'adolescence et de la puberté, tels que crises de larmes, bouffées anxieuses, dépression vague, goût de la solitude, rêveries sans fin, scrupules, craintes, ruminations incessantes, troubles de la sphère sexuelle, perversions diverses, etc., qui peuvent laisser découvrir, par le traitement psychanalytique, un complexe familial, clef du désordre.

Mais, au premier chef, nous nous préoccuperons du rôle de l'ambiance, des interréactions familiales, de la part de responsabilité du milieu dans la genèse des troubles morbides et, au lieu de considérer le malade en quelque sorte en soi, isolé dans sa psychonévrose comme entre des parois étanches, nous montrerons-nous aussi attentifs aux atteintes qu'il reçoit du groupe familial qu'à celles dont il est la cause, en un mot l'observerons-nous évoluant dans son milieu ?

En effet, la négligence, l'insouciance ou les injustes traitements des parents suscitent parfois chez leurs enfants une hostilité qui s'ajoute à la psychose et peut en renforcer les

effets. La plupart du temps, les torts des parents se révèlent du fait même de la maladie du sujet, soit qu'ils n'aient pas remarqué les anomalies de sa constitution mentale ou ignorent la psychose dont il est atteint et commettent à son égard des maladresses, des fautes grossières de psychologie, soit enfin que, tarés eux-même au point de vue psychique, ils lui donnent des exemples déplorables qui exaltent ses sentiments hostiles. C'est ainsi que les pénibles conséquence pour l'enfant du divorce des parents ont été bien mises eu lumière par Heuyer, qui attire justement l'attention sur le despotisme de certains parents, eux-mêmes pervers, « mais dont la perversion morale s'exerce strictement au sein de la famille. Le père ou la mère s'avère un *bourreau domestique.* »

Nous nous excusons de faire entrer le médecin dans des questions bien pénibles. Mais la connaissance de ces faits est indispensable pour conseiller directement les parents dans leur rôle d'éducateurs. On s'efforcera de régler l'autorité du *pater familias,* de modérer sa sévérité. On demandera aux familles d'entourer leurs enfants d'affection, de leur témoigner de la confiance, de faire preuve d'une large compréhension. On évitera ainsi, dans la mesure du possible, les reploiements, les hostilités sourdes, avec cette expansivité de commande, presque stéréotypée, dont nous parlions plus haut. Ainsi, d'après ces quelques considérations, apparaîtra nettement le rôle proprement médical que peut prendre dans la genèse des troubles morbides un incident en apparence insignifiant, en l'espèce un différend familial, sur lequel un médecin non prévenu ne s'arrêterait pas. On peut dire que l'étude des haines familiales est l'introduction indispensable à la connaissance et à la prophylaxie des maladies mentales. Par les réactions d'ordre familial auxquelles il assistera, le praticien sera mis sur la piste d'une psychose ou d'une névrose jusqu'alors insoupçonnée et règlera sa conduite sur son diagnostic. Dans d'autres cas, il redescendra du trouble psychique à la haine familiale, — consciente ou inconsciente, — à laquelle il pourra remédier par les procédés thérapeutiques que nous avons indiqués, tout en ne négligeant pas de donner aux familles, avec tout le tact nécessaire, les conseils pédagogiques appropriés à chaque cas.

Deux malades de Pinel : Berbiguier et Martin de Gallardon

Par MM. Laignel-Lavastine et Jean Vinchon

Le médecin aliéniste occupe un bon poste pour observer les dessous cachés et mystérieux de l'histoire. Un Philippe Pinel, qui rencontre, à cause de sa charge à la cour, les personnages du jour, ministres et hommes d'Etat, a reçu le matin, pendant sa visite à la Salpêtrière, toutes les épaves des régimes précédents. Les uns et les autres se complètent. Il ne peut s'empêcher d'en faire le rapprochement et c'est à coup sûr une occasion d'indulgence pour l'homme qui, avec son surveillant Poussin, a aboli les régimes « gothiques » des cabanons.

C'est ce Pinel-là que nous allons essayer de surprendre. Nous le devinons en lisant dans son livre le chapitre des *Causes connues de l'Aliénation mentale.* La politique, les guerres, les persécutions religieuses sous la Terreur avaient jeté le trouble dans les esprits. Une vague de mysticisme, contenue par les chevauchées impériales à travers l'Europe, remonte à la surface avec le calme de la Restauration et monterait sur le rivage avec le socialisme chrétien de 1848. On en trouvait un écho dans les asiles. Des malheureux souffraient des suites d'une dévotion trop exaltée, des scrupules ou des terreurs religieuses.

La bonté et l'indulgence de Pinel se manifestent dans la rédaction de ses observations. Nous allons examiner avec lui deux malades qui en firent l'objet.

Le premier est connu par ses mémoires et les études de Champfleury dans les *Excentriques,* et de Lévy-Valensi dans l'*Encéphale.* Il s'appelle Berbiguier et a passé sa vie en liberté, malgré qu'il eût mêlé Pinel à son délire. Le second est le plus étrange et le plus mystérieux des visionnaires, Martin de Gallardon. Nous possédons le rapport de Pinel et de Royer-Collard sur les visions qui le firent entrer pour un temps

court en observation à Charenton et Lenôtre lui a consacré une monographie dans ses *Figures d'histoires tragiques ou mystérieuses.*

Nous ne pouvons ici dans cette note insister sur les observations de ces deux sujets. On les trouvera dans *Æsculape,* où paraîtra notre travail complet, tel qu'il a été lu à Divonne en hommage à Pinel et dont les comptes rendus du congrès n'ont pu prendre que ce résumé.

Berbiguier était atteint de délire de persécution à base d'interprétations délirantes. Il a décrit toutes les phases de son délire et la place qu'y tient Pinel dans trois volumes de mémoires : *Les farfadets ou tous les démons ne sont pas de l'autre monde, par Berbiguier de Terre-Neuve du Thym, Paris, 1821.* Berbiguier y reconnaît que Pinel, sous sa forme humaine est le meilleur homme du monde et ne le fait souffrir que sous une forme invisible. Berbiguier qualifie Pinel d'exécrable et seul ou en compagnie de magnétiseurs plus ou moins sérieux il s'applique à l'envoûter. Il met en œuvre les connaissances acquises dans la lecture des livres de sorcellerie, qu'il connaissait bien, les ayant analysés dans une bibliographie assez complète, en tête des *Mémoires.*

Berbiguier est persuadé que les médecins, et Pinel en tête, ne veulent pas guérir les maladies envoyées par ces doubles que sont les Farfadets. Leurs remèdes restent sans action. Il faut boire du bon vin, se promener pour chasser la mélancolie et surtout combattre les Farfadets, en leur envoyant les chocs en retour, que les occultistes préconisent. Berbiguier pique les images des Farfadets avec des épingles, les enferme, leur jette du tabac, les noie dans des bocaux. C'est là le vrai remède qui détruit le mal avec sa cause.

Ces *Mémoires* sont illustrés de lithographies. Pinel y est représenté en pourceau qui se plaint d'avoir été piqué par les aiguilles et les épingles. Dans chacune des lettres, qui terminent le volume, le nom de Pinel revient associé à celui de Moreau et de la femme Vaudeval.

Cette histoire de Berbiguier et de Pinel, contée dans les *Mémoires,* est le récit des aventures qui attendent l'aliéniste, lorsqu'il rencontre un persécuté. Elle présente une particularité intéressante, puisqu'elle prouve que le grand pénitencier demandait leur avis aux médecins qualifiés dans les cas douteux. Si Pinel n'a pas eu à subir les attaques directes de Ber-

biguier, il le doit à la pratique des envoûtements qui a détourné l'attention de son malade. N'importe qui à sa place aurait couru les mêmes risques.

Le second malade, que nous avons en vue, Martin, de Gallardon, est un cas moins classique que Berbiguier.

Martin fut examiné par Pinel en 1816, la même année que Berbiguier. Royer-Collard, médecin en chef de la maison royale de Charenton, et Pinel avaient été commis à cet office par Decazes, ministre de la police générale, à la suite des faits étranges qui avaient ému le Roi lui-même. Leur Rapport a été publié dans la *Relation de Silvy* (1).

Martin, de Gallardon, travaillait aux champs le 15 janvier 1816, quand il entendit prononcer des paroles à côté de lui. Pourtant il n'y avait personne. Il leva la tête, chercha et finit par voir à quelques pas de distance un homme qui lui dit : « Il faut que vous alliez trouver le Roi et que vous l'avertissiez que sa personne est en danger... ; qu'il faut qu'il ordonne des prières publiques pour la conversion du peuple ; qu'il l'excite à la pénitence etc... » L'homme qui parlait était vêtu d'une redingote exactement boutonnée et coiffé d'un chapeau haut de forme. Martin répondit : « Puisque vous en savez si long, pourquoi n'allez-vous pas faire votre commission vous-même? » Le personnage mystérieux lui répondit : « Ce n'est pas moi qui irai, ce sera vous et faites ce que je vous commande ». Puis il quitta terre ; son corps prit la position horizontale et il s'évanouit.

L'inconnu se montra encore dans une cave, puis dans un pressoir, à l'église et au grenier. Il insistait sur la nécessité d'accomplir la mission. Le curé de Gallardon en référa à son évêque, qui manda le visionnaire et lui conseilla de chercher à connaître le nom de l'étrange visiteur. Le préfet d'Eure-et-Loir voulut voir Martin à son tour. Le personnage mystérieux était au courant de tout et multipliait ses conseils pour chaque entrevue. C'est après la dernière que Martin fut conduit au ministre de la police, chez qui il eut encore des visions.

Le 9 mars 1816 Pinel se transporta dans l'hôtel, où étaient descendus le laboureur et le lieutenant de gendarmerie, qui l'accompagnait. Martin ne l'eut pas plus tôt aperçu

---

(1) Silvy. — *Relation concernant les évènements qui sont arrivés à un laboureur de la Beauce, nommé Martin.* Paris, 1877.

qu'il lui dit : « Vous êtes sûrement le docteur, dont la visite m'a été annoncée. — Comment savez-vous cela, répondit Pinel en riant. — Je le sais, répliqua Martin, parce que le personnage inconnu que je vois m'en a prévenu. »

La première pensée du médecin de la Salpêtrière fut qu'il s'agissait là des visions d'un aliéné. Mais le sujet ne délirait pas. Le problème était plus complexe et nécessitait la mise en observation de Martin à Charenton. Pinel demandait que le séjour durât au moins un mois; un nouveau rapport signé cette fois de Royer-Collard et de Pinel fixerait définitivement les autorités sur l'état de Martin.

Les apparitions recommencent à Charenton, mais Martin est toujours calme et lucide. Est-on en présence, comme on le disait alors, d'une manie partielle et extatique, qui en dehors des moments d'exaltation laisse l'intelligence intacte ? Mais les signes de la manie partielle manquent. Il s'agit d'un phénomène nouveau et une enquête est menée auprès du préfet, du maire, du curé et de la famille pour connaître les antécédents. Les réponses ne devaient pas apporter de grands éclaircissements. Que penser alors ? Après discussion, Pinel et Royer-Collard concluent que Martin se présente avec des caractères qui n'appartiennent qu'à lui. « Qu'on admette avec lui la vérité du personnage qui lui est apparu, alors tout devient régulier dans son histoire ; tous les événements s'y enchaînent naturellement, tous les discours y sont raisonnables : bien plus, tout est conforme aux maximes de la religion la plus épurée. Cette différence est, à notre avis, d'une haute importance, et mérite une attention toute particulière ». Royer-Collard et Pinel sont convaincus qu'il « existe des exemples incontestables de prévision et de pressentiments, qui ont ensuite été réalisés par l'événement » ; mais ils n'ont été observés que chez des personnes jouissant de leurs facultés. Les prédictions faites par Martin rentreraient dans cette catégorie. Cependant le pronostic doit être réservé : « Nous sommes cependant d'avis, écrivent très justement Royer-Collard et Pinel, que Martin soit soumis pendant un temps plus ou moins long à une observation éclairée, soit pour s'assurer si les visions qu'il a éprouvées ont entièrement cessé, soit pour examiner et constater les formes, que les accidents pourraient prendre, s'ils venaient à reparaître de nouveau. »

Cette réserve fut bientôt légitimée par l'aggravation des troubles mentaux de Martin qui s'amplifièrent au point d'être évidents. En 1833, Martin reconnut Louis XVII dans Naundorff. Dès lors, les lois de l'interpsychologie entrent en jeu et Martin et Naundorff s'illuminent l'un l'autre, comme Sérieux et Capgras l'ont bien montré dans le *Messianisme d'un faux dauphin.*

Il s'agissait probablement chez Martin d'un de ces délires a formes si variées — ici à contenu mystique et politique — qui surviennent chez les prédisposés.

Dans un temps où la psychiatrie était à ses débuts, Pinel observant ces deux malades difficiles, Berbiguier et Martin, de Gallardon, avait fait preuve de qualités de psychologue et de médecin, qui éclairent la méthode avec laquelle il avait rassemblé des documents pour le premier traité d'aliénation mentale du XIX[e] siècle. Grâce à cette méthode il avait formé des élèves qui devaient faire briller d'un éclat incomparable l'école psychiatrique de la Salpêtrière et de la Maison de Charenton.

La Mythomanie de jeu

Par M. VERMEYLEN (de Bruxelles)

C'est à Dupré que nous devons à la fois le terme même de mythomanie et en même temps une des études les plus approfondies sur ce sujet. D'après lui, elle se définit comme « une tendance constitutionnelle qui pousse certaines catégories d'individus à mentir, à simuler et à inventer, par l'activité pathologique de l'imagination créatrice des fables et des situations dépourvues de réalité objective ». Il distingue nettement cette activité mythique pathologique de celle de l'enfant normal. Chez ce dernier, la fabulation est une activité de jeu qui est désintéressée et trouve sa satisfaction en elle-même. Chez l'enfant anormal et chez l'adulte, la tendance mythomaniaque a, au contraire, un caractère nettement intéressé et malin, orienté toujours vers des satisfactions perverses. D'après lui, « au lieu de se manifester, en effet, comme chez l'enfant normal, comme une espèce de sport imaginatif et sous la forme innocente du jeu spontané d'énergies psychiques exubérantes, l'activité mythique est mise au service, chez les sujets anormaux, de tendances vicieuses, de perversions instinctives ou d'appétits morbides... ».

Les cas de ce genre sont évidemment nombreux, mais il en existe aussi d'autres où l'activité mythique anormale garde pourtant les caractères de celle de l'enfant. L'anormalité ne réside plus, dès lors, dans l'association de l'activité mythique à des tendances perverses qui la motivent, mais bien dans l'exagération de cette activité et dans sa persistance à un âge où normalement elle a disparu.

La plupart du temps, pourtant, elle est liée à un état de débilité mentale plus ou moins prononcée qui favorise à la fois la persistance et l'exagération de l'activité mythique infantile.

S. A. — 18 ans ; imbécile léger ; nombreux stigmates de dégénérescence ; hérédité chargée. A passé par toutes les écoles de bienfaisance et plusieurs instituts pour enfants anormaux. Nombreux

délits de fugue et de vagabondage. Pendant plus d'un an a joué à la Colonie de Gheel le rôle de père capucin : portant un long rosaire, prêchant en un français mêlé de reminiscences latines. Ses prêches étaient un ensemble de clichés d'éloquence pieuse qu'il avait assez habilement rassemblés en fréquentant les églises aux heures des grand'messes et des saluts. Il lui était possible ainsi de parler jusqu'à vingt minutes en se tenant plus ou moins lié à un sujet pieux : la charité, la vertu, etc. Il entremêlait ses prêches de réminiscences de prétendus voyages qu'il s'imaginait avoir faits en Terre-Sainte. Il s'intitulait « Père Capucin de Sara en Palestine », car, d'après lui, c'était là qu'il avait reçu les ordres. Ses prêches étaient fort goûtés par les enfants du village, qu'il parvenait à intéresser et à retenir de longues heures. Il écrivait également des lettres édifiantes au curé du village et lui proposait de le seconder dans sa mission.

A la suite d'un déplacement de nourricier, a changé assez brusquement de rôle. Il était devenu tambour-major et parcourait les environs avec un petit tambour dont il battait passablement et un havresac fait de loques assemblées.

Comme cela se voit chez les enfants, il prenait son jeu très au sérieux. Pourtant, si on le poussait quelque peu, il avouait qu'il s'agissait d'un jeu et qu'en fait il était S. A., fils d'un tel, et placé chez tel nourricier. Il ne semblait tirer aucune vanité des fonctions dont il croyait assumer la charge et se contentait de jouer très sérieusement son rôle.

Voici un autre cas, plus typique encore peut-être, d'activité ludique chez un jeune sujet beaucoup moins déficient que le premier.

L. M. — 15 ans ; sujet russe ; hérédité psychopathique lourde ; hypotrophisme statural et pondéral ; débilité mentale légère (8 ans d'âge mental). Connaissances scolaires du 1er degré primaire. Je le vois la première fois dans un rôle de chien, qu'il joue consciencieusement. Il ne parle pas, mais pousse de courts aboiements de roquet. Il mange en prenant les aliments directement avec la bouche après les avoir longuements flairés. Il s'assied sur les chaises à croupeton, comme un chien qui fait le beau. Pour retrouver sa chambrette, il va flairer à toutes les portes et semble reconnaître la sienne à l'odeur. Il gratte alors le battant en gémissant faiblement. Lorsqu'on joue de la musique il proteste en hurlant lamentablement. Si on lui donne une boîte contenant une friandise, il l'ouvre à la manière d'un chien savant en utilisant ses mains comme des palettes pleines. Les camarades ne l'intéressent pas du tout et il semble ne se plaire que dans la compa-

gnie des animaux. Il urine évidemment en levant la jambe. Tous ces symptômes disparaissent du jour au lendemain par la simple application de la discipline générale. Il se montre de caractère gai, puéril, parlant de sa vie de chien, qui durait déjà depuis un certain temps avant son arrivée, comme de quelque chose de très réel et en même temps de très amusant. Assez abandonné à lui-même il vivait depuis quelque temps dans la compagnie presque constante et unique d'un grand chien pour qui il avait une vive amitié. Placé chez un nourricier, il ne tarde pas à s'intéresser rapidement à la vie des animaux de la ferme. Mais il se cache maintenant, comme honteux, pour jouer ses personnages à deux ou à quatre pattes. On le surprend pourtant le matin à se secouer comme un coq qui bat des ailes, et, s'étant redressé de toute sa hauteur, à pousser quelques vibrants « cocoricos ». A d'autres moments il chasse une poule de ses œufs et s'installe pour couver à sa place. Il imite aussi de la même façon les divers animaux de la ferme et prend à ce jeu un grand intérêt. Il est vraiment à ce moment l'animal qu'il représente et semble revenir à une autre réalité quand on l'interpelle. Pour le reste il s'occupe normalement mais garde un caractère très puéril.

Mais cette tendance mythomaniaque de jeu ne s'accompagne pas nécessairement de débilité mentale. Elle peut se retrouver, quoique bien plus rarement, chez des sujets d'intelligence apparemment normale. Elle perd alors souvent ce caractère d'activité concrète et purement imitatrice et devient plus personnelle et plus nettement créatrice.

S. M. — 15 ans ; pas d'antécédents héréditaires anormaux. Otorhée et mastoïdite dans le jeune âge. Rien de particulier au point de vue physique. Intelligence vive. Vit depuis longtemps déjà en pensée dans un autre monde, le monde antique. Depuis longtemps déjà a été attiré par le mystère de l'Egypte. Il s'est constitué un milieu correspondant à son idéal. Il se pare de noms égyptiens, se confectionne des vêtements tels qu'il en a vu sur les gravures, collectionne des livres sur ce sujet, fréquente les antiquaires auxquels il achète des camées, des brûle-parfums, etc. Il a écrit un volumineux dossier sur un voyage qu'il compte faire en Egypte pour aller rechercher les trésors du grand sphynx. Il y décrit minutieusement à l'avance tous les détails et même les péripéties du voyage, s'étend sur les fouilles à exécuter et fait le relevé du fameux trésor en donnant la signification de tous les objets.

Son activité mythique n'est pas restée, tant s'en faut, platonique. Pour arriver à exécuter ses plans il a fait de nombreuses

fugues, accompagnées de vols, dans l'espoir d'atteindre un port et de s'embarquer pour l'Egypte. A commencé à écrire un livre sur la civilisation antique et avait écrit un drame qui se passait au bord du Nil. Il a représenté chez lui pendant de nombreuses semaines toutes les parties du drame qu'il entremêlait à ses occupations journalières et à la vie réelle. Il apprenait en classe avec facilité ce qui lui donnait les loisirs de se plonger dans son activité favorite. Il n'attachait aucune importance à ses fugues et à ses vols qui pour lui n'étaient que des moyens, sans intérêt par eux-mêmes, pour arriver à ses fins qu'il jugeait élevées et louables. Il avait essayé par tous les moyens d'intéresser ses camarades à ses projets et de les amener à vivre à la mode de l'Egypte ancienne. Les derniers temps il se plongeait de plus en plus dans son rêve et ne s'occupait plus guère d'autre chose que de le réaliser.

Des trois grands caractères par lesquels Dupré synthétisait la mythomanie : persistance, exagération de l'activité mythique et association à des tares intellectuelles, affectives et surtout morales, on retrouve principalement ici les deux premières : la persistance et l'exagération de l'activité mythique normale de l'enfant.

Chez l'enfant, cette activité mythique prend son développement le plus complet et le plus harmonieux dans le jeu, où elle se réalise en actions adéquates au processus imaginatif. Cette activité mythique de jeu n'est possible que grâce aux propriétés particulières de la pensée infantile que nous pouvons résumer comme suit :

1° L'enfant, comme l'a si bien vu Piaget, ne vit pas, comme l'adulte, sur un seul plan de réalité. Sa pensée se meut avec aisance sur deux plans qui ont pour lui la même valeur pratique et réelle. Il est incapable de faire le départ entre les produits de son imagination et les constatations de ses sens. Pour employer la terminologie de Freud, le « Lust prinzip » et le « Realitäts prinzip » se compénètrent chez lui, sans se heurter, et il passe de plain-pied de l'un à l'autre.

2° D'autre part, l'enfant a un besoin impérieux de projeter dans l'action ses pensées, ses désirs et ses projets. Il ne peut même, en quelque sorte, les former que pour autant qu'ils se réalisent. C'est précisément la grande fonction du jeu que de lui permettre, sans danger d'être contredit par les faits, de réaliser ses idées, ses goûts et ses aspirations dans un monde idéal qu'il se forme.

3° Cette activité imaginative est rarement personnelle. Elle est le plus souvent imitative et reproductrice. Elle cherche à réaliser quelque chose de supérieur à l'individu et vers quoi il tend. Le jeu est vraiment une introduction à la vie et une fonction éducative prémonitoire à l'activité sociale.

4° Enfin l'activité mythique de jeu ne serait pas complète si l'enfant n'y ajoutait une conviction toute particulière. Comme Lévy-Bruhl l'a montré pour les primitifs, l'enfant peut, sans difficulté, croire en même temps à deux idées tout à fait opposées et contradictoires et les adopter à la fois toutes les deux. Il est à la fois convaincu, dans son jeu, qu'il est un grand général et sait pourtant qu'il est un petit garçon très dépendant de ses parents. Il est, en somme, tout à la fois un profond réaliste et un fabulateur incorrigible.

Nous retrouvons facilement tous ces caractères, à l'état pathologique, dans la mythomanie de jeu. On y constate les mêmes principes de jeu et de réalité se compénétrant sans se gêner, la même nécessité de réaliser coûte que coûte les produits d'une imagination vagabonde, la même priorité de l'imagination reproductrice et de l'imitation, enfin la même facilité à fondre dans une même unité les idées, les sentiments et les actions les plus contradictoires.

Il semble donc bien qu'il faille admettre pour les mythomanes actifs, et en réservant la question des mythomanes passifs ou des rêveurs de Borel et Robin, deux catégories dont l'une répond aux mythomanes pervers et vicieux de Dupré et dont l'autre ressortit à la mythomanie de jeu, persistance à peu près intégrale de l'activité mythique infantile.

M. Robin (de Paris). — Je suis heureux d'entendre M. Vermeylen ajouter des vues intéressantes à la question de la mythomanie. Je crois qu'il a raison d'insister sur la discrimination à faire entre la mythomanie active et la mythomanie passive. La tentative qu'il fait de refuser à la mythomanie active, dans tous les cas, des caractères de malignité et de perversité sur lesquels Dupré selon lui a trop insisté, me paraît très heureuse et les faits cliniques qu'il rapporte mettent bien en lumière une forme neuve de mythomanie active. Quant à la mythomanie passive que j'ai décrite avec mon ami Borel dans un article de l'*Evolution psychiatrique* intitulé *Les Rêveries morbides* et dans un livre publié à la Nouvelle Revue

française (Documents bleus), sous le titre : *Les Rêveurs Eveillés,* elle se greffe en général sur une constitution schizoïde, constitution schizoïde envisagée comme nous l'avons souvent définie, H. Claude, Borel et moi, restreinte par rapport à la schizoïdie de Krestchmer. Les créations imaginatives remplissent l'autisme du sujet et lui créent un monde intérieur, préféré par une dilection particulière au monde extérieur, à l'ambiance.

M. Nathan. — J'ai été fort heureux d'entendre la communication de M. Vermeylen et les objections de G. Robin.

J'ai eu l'occasion de présenter, l'an dernier, à la Société de Psychologie, l'histoire d'une jeune fille fort intelligente, dont l'enfance avait été fort malheureuse entre des parents qui ne s'entendaient pas. Elle vivait en elle-même de véritables romans, dans lesquels elle cristallisait son idéal ; elle l'objectivait dans des tableaux vivants et animés. Son attitude était celle d'un spectateur très intéressé par l'action, mais pouvant s'en distraire à son gré. Son roman est un monde d'élection dans lequel elle se réfugie ; mais elle est parfaitement orientée dans la réalité et personne autour d'elle ne connaît ces tendances.

Ce cas est intéressant parce qu'il fait la part entre une mythomanie interne, voisine de la schizoïdie, et l'état normal.

M. Ed. Claparède (Genève). — Il ne faudrait pas qu'en désignant un phénomène, comme ceux très intéressants que vient de nous rapporter M. Vermeylen, par le nom de « mythomanie », on croie l'avoir expliqué. C'est peut-être un danger de la mythomanie, que Dupré regardait comme une « tendance pathologique », que de nous incliner parfois à une psychologie paresseuse. « Pourquoi imagine-t-on, fabule-t-on? Parce qu'on est mythomaniaque ! » Il vaudrait mieux, je crois, creuser plus profond ; reprendre, comme on le fait dans l'analyse du rêve, les détails même du contenu de la création mythomaniaque, jeu ou racontars, et en chercher la signification. La signification, c'est-à-dire à quelles insuffisances cette fiction pare peut-être, si elle est un agent de compensation, ou encore si elle exprime quelque trait profond du caractère, et pourquoi elle emprunte cette forme-là plutôt qu'une autre.

Quelques thèmes sur une nouvelle théorie psychologique

Par MM. V. et Ch. Strasser (de Zurich)

Non seulement la conception freudienne de la structure de l'âme n'est pas prouvée, mais elle nous oblige à formuler des objections et des réfutations. Quand bien même la psychoanalyse a inventé la notion de l'inconscient, ce n'est pas là une preuve de l'existence dans l'âme humaine d'une sorte de couche psychique mystérieuse analogue à un organe ou fonctionnant comme lui. Surtout ce n'est pas une raison de bâtir et surélever, de pousser et déplacer sur la base de cet inconscient, et encore que nous devions reconnaître cet inconscient comme un fait. Ceci dit, aucune thérapie ne peut se fonder sur cet inconscient.

Selon que le souverain dans l'individu conduit ses capacités par interactions artificielles ou naturelles, il en résulte une multitude de formes, par le moyen desquelles l'âme se règle. Selon l'application que nous faisons de nos capacités mentales, soit que nous les groupions les unes des autres en dépendance, liaison ou liberté, soit que nous mettions en mouvement la simultanéité de nos différentes fonctions psychiques, soit que nous rangions ou disjoignions le domaine de l'orientation, soit que nous embrassions ou circonscrivions, s'établit une régulation saine de l'équilibre de l'âme plus ou moins riche ou pauvre, dont s'éloignent le nerveux et le malade psychotique, atteints dans leurs relations mentales.

Dans toute orientation unilatérale est couché un germe de maladie, ce qui ne veut pas dire que celui qui est orienté unilatéralement soit déjà un malade. Ceci dépend de la mesure, dans laquelle la personnalité souffre objectivement, mais aussi subjectivement sous la pression de cette particularité de l'orientation unilatérale. En fait, chaque orientation unilatérale, comme tout ordre obtenu par force contre les lois de l'esprit, ordre dans ce sens artificiel, doit violenter la vie

entière, surtout, si cet ordre mord sur la simultanéité nécessaire de la vie.

Dans la démence précoce, où existe une incohérence dans l'application des capacités propres, dans laquelle manque la vue d'ensemble du tout en tout, dans laquelle domine l'incohérence dans la simultanéité de l'usage des capacités mentales, dans laquelle le domaine d'orientation est circonscrit par les lubies du malade, nous trouvons à côté de l'orientation unilatérale, l'incohérence dans l'ordre et de ce fait un ordre artificiel, non naturel. Le névrosé est l'esclave de ses causalités artificiellement établies, auxquelles il se soumet conséquemment, mais inconséquemment à l'égard de la richesse de ses capacités, qui l'entravent dans l'épanouissement et le conduisent à faire de la vie une souffrance.

La Manie psychogène

Par MM. Robin et Cénac (de Paris)

L'observation du début et de l'évolution de certains accès maniaques; les renseignements apportés par les familles nous ont permis d'opposer certains états maniaques de caractères atypiques, aux accès de manie vraie ressortissant à la constitution maniaque dépressive. Ce sont en général des crises d'excitation que l'on observe pour la première fois chez des malades jusque-là normaux.

L'accès paraît dans ces cas déclanché par un choc affectif. Il paraît constituer pour ces malades une véritable évasion devant l'état affectif pénible, évasion que l'on retrouve chez des sujets normaux provoquée par les mêmes motifs, mais à un degré moindre (gêne, timidité, émotion pénible, douleur morale soudaine, choc affectif) et se traduisant par une agitation hypomaniaque caractérisée par une excitation intellectuelle, une agitation motrice, désordonnée et inhabituelle, un enjouement affecté, « *une euphorie sombre* ».

Le sujet, péniblement éprouvé, paraît jouer avec son malheur pour essayer de donner le change à son entourage, ou même de se donner le change à lui-même. C'est ainsi que nous avons observé le « symptôme des réponses à côté » ainsi que ce que nous avons appelé (en collaboration avec Durand-Saladin, *Annales Médico-Psychologiques,* avril 1926), le « *symptôme des gestes à côté* » consistant dans le fait de tromper l'interrogateur par des gestes inappropriés aux questions et destinés soit à éluder, soit à dérouter l'investigation. Ce symptôme, du reste, est à rapprocher par certains côtés du maniérisme des déments précoces — traduction comme l'entendait Kræpelin d'un véritable sentiment de gêne.

Le pronostic de ces états est très délicat à apprécier, car il faut éviter non seulement de porter à tort le diagnostic de maniaque dépressive, mais encore en présence d'un syndrome d'origine nettement émotionnelle, de se montrer toujours

optimiste, car nous avons pu observer en présence de deux états cliniquement comparables : une guérison parfaite dans un cas et dans l'autre une évolution schizophrénique.

L'attention sera attirée sur la possibilité d'un état maniaque post-émotionnel, même en l'absence de commémoratifs connus par la constatation d'une gaîté artificielle, d'une activité de jeu et de mystification précédant des bouffées anxieuses se produisant par intervalles, de crises de larmes paraissant motivées réalisant dans l'ensemble un état « *d'euphorie sombre* ». On notera un enjouement factice, une affectation dans la mimique, les propos, les gestes, les attitudes donnant lieu au symptôme des gestes et des réponses à côté dont nous parlions plus haut. Le début fréquent par un état confusionnel au lieu que la confusion soit secondaire à l'excitation comme cela se voit plutôt dans la psychose maniaque dépressive, la continuation d'un mauvais état général pendant le cours de l'accès contrastant avec l'aspect florissant du maniaque franc, l'allégation d'amnésie de l'épisode émotionnel et des faits s'y rapportant, les constructions imaginatives compensatrices, non sans fixité et contrastant avec les idées délirantes fugaces des maniaques vrais contribuent à la formation de ce syndrome particulier qui nous a paru mériter d'être signalé brièvement.

Les modifications psychiques chez les P. G. malarisés

Par M. Vermeylen (de Bruxelles)

Il n'est possible, pour rester dans les limites de temps et d'espace réglementaire, de donner sur ce vaste sujet que quelques notes liminaires qui fixent la question et peuvent amorcer des recherches ultérieures. Pour tous ceux qui ont la pratique du traitement malarique chez les P. G., il ne fait aucun doute que dans un nombre très important de cas on constate à la suite de cette thérapeutique des modifications profondes du psychisme. Pourtant peu d'études ont paru sur ce sujet, la plupart des auteurs se contentant de noter le pourcentage des améliorations et des guérisons, tout au moins sociales.

Pour suivre les faits cliniques eux-mêmes, il convient de suivre le traitement malarique dans ses trois périodes principales :

1° *Période d'incubation.* Elle dure généralement de 8 à 15 jours. Assez souvent vers le 3e jour, se produit une légère ascension thermique. Au point de vue psychique, rien de bien spécial n'est à noter. Parfois un peu plus d'agitation, d'autres fois au contraire, plus de calme avec tendance à la prostration, sans qu'on puisse avec quelque vraisemblance attribuer ces modifications au traitement.

2° *Période fébrile.* Elle présente tantôt le type quotidien, tantôt le type tierce, rarement quarte. Le plus souvent la période fébrile commence suivant un type déterminé, puis le rythme devient irrégulier, pour reprendre parfois son type primitif vers la fin. Notons très brièvement, les principaux symptômes physiques : signes d'insuffisance hépato-rénale, splénomégalie, anémie, troubles de l'appétit et amaigrissement.

Généralement, au début de la période pyrétique, les malades sont plus calmes, parfois prostrés. Leur assistance se simplifie dans la plupart des cas et se limite aux soins physiques qui doivent être très attentifs. Parfois, on a à faire à un état stuporeux traversé de moments d'agitation avec impulsions

et violences. C'est surtout vers la fin de la période pyrétique que les modifications les plus nettes se produisent, surtout dans les cas qui prendront dans la suite une allure favorable, ou tout au moins dans lesquels la formule paralytique se transformera. Dans un certain nombre de cas, le malade donne l'impression d'un confus, plus que d'un dément. La confusion est généralement légère et intermittente, accompagnant les accès fébriles, et laissant déjà soupçonner dans les moments lucides une mentalité moins atteinte qu'on ne le croyait. Le malade a moins d'idées mégalomaniaques, s'inquiète plus de son état physique, a souvent des préoccupations hypocondriaques plus ou moins justifiées, fait quelques remarques de bon sens dont il semblait incapable auparavant. Mais ces manifestations restent sporadiques et ne sont que des éclaircies fugaces, mais déjà significatives.

Les hallucinations sont fréquentes, alors qu'elles existent rarement au cours de la P. G. ordinaire. Elles sont surtout auditives, parfois cénesthésiques, olfactives et gustatives, rarement visuelles. Le plus souvent elles restent modérées et prennent surtout l'allure d'une conversation directe ou téléphonique. Le malade communique avec sa famille, dont il entend les réponses ou bien téléphone des ordres de bourse fantaisistes ou fait des commandes considérables, dont il reçoit confirmation par la même voie. Ou bien, il est plus passif et écoute seulement, avec l'allure typique de l'halluciné : mimique attentive, demi-sourires, marmottements, gestes ébauchés, etc. D'autres fois pourtant, les hallucinations sont à l'avant-plan du tableau clinique tant par leur richesse que par leur intensité. Elles peuvent être alors impératives et le malade peut, sous leur action, se livrer à des violences tant sur lui-même que sur les autres. Dans toutes ces formes, les idées délirantes ont déjà une allure moins niaise et absurde que dans la P. G. Elles correspondent plus à un trouble qu'à un déficit de l'intelligence. Les idées de satisfaction et de grandeur font plus généralement place à de la méfiance, des idées de persécution, des revendications, ou bien s'orientent même vers des préoccupations plus normales concernant l'état de santé du malade et de la situation de sa famille. Un de mes malades me reprochait violemment son gâtisme qu'il attribuait assez exactement à la fièvre que je lui avais donné. Un autre croyait que sa fièvre était produite par la malveil-

lance d'ennemis qu'il s'était découvert depuis quelques jours. Un troisième voulait intenter un procès prétendant qu'on se servait de lui comme sujet d'expérience et qu'on l'avait rendu malade.

Enfin l'activité imaginative devient plus riche, plus variée et plus colorée que chez le P. G. non traité. Les inventions niaisement mégalomaniaques font plus souvent place à un jeu imaginatif plus logique et plus modéré.

Un de mes malades, mis à un régime assez sévère à cause de signes sérieux d'insuffisance hépatique qui s'étaient manifestés au cours de l'impaludation, s'amusait à se commander des dîners qui n'étaient pas trop mal composés et n'avaient rien d'excessif ; quand il voyait qu'on l'observait, il se mettait à rire d'un air un peu gêné et changeait de sujet.

Dans les cas où des modifications se produisent au cours de la période pyrétique, elles se manifestent donc principalement par une allure plus confusionnelle que démentielle, la fréquence des hallucinations, l'orientation vers un état paranoïde ou dépressif qui tranche avec l'euphorie antérieure, enfin des manifestations mentales qui dénotent plus un trouble qu'un véritable déficit. Le tableau clinique a, en somme le plus souvent, l'allure d'un délire hallucinatoire toxique modéré et intermittent entrecoupé de périodes de lucidité progressive avec modification du caractère.

3° *La période post-fébrile* est évidemment la plus intéressante au point de vue des modifications qui peuvent survenir dans l'état des P. G. malarisés.

La fièvre une fois coupée après 12 à 15 poussées fébriles par la mise en action du traitement spécifique, l'état général se rétablit rapidement dans la plupart des cas. Le malade prend du poids, son appétit est dévorant dès les premiers jours, les signes d'insuffisance hépato-rénale disparaissent, le gâtisme cède lorsqu'il existait antérieurement. Pourtant, le traitement n'a que peu d'influence sur les troubles moteurs et pas du tout sur les signes sérologiques.

Nous négligerons évidemment les cas, les plus nombreux encore, où aucune modification notable de l'état psychique ne s'est produite, soit au cours, soit après le traitement. Il m'a semblé qu'il s'agissait dans la plupart des cas de malades présentant avant toute intervention un état de démence paralytique bien établie ou de malades n'ayant présenté que peu

de modifications psychiques au cours de la période fébrile. Mais il reste de 25 à 30 0/0 de cas qui subissent des modifications plus ou moins marquées de leur état psychique.

a) Dans les cas favorables, il s'agit d'un retour plus ou moins intégral à la normalité psychique. Cette issue est surtout constatée dans les formes primitivement confusionnelles. Le malade peut alors sortir simplement et progressivement de l'état confus, les moments d'obnubilation devenant ne plus en plus courts et de moins en moins fréquents.

Mais, le plus fréquemment, il existe une période transitoire et passagère de délire post-onirique, à teinte surtout dépressive. Le malade se dégage encore mal de l'influence onirique et prend encore pour des réalités les produits de ses rêves. Mais on sent dès l'abord l'auto-critique qui se réveille et qui prédomine de plus en plus. Le malade raisonne, confronte ses conceptions avec les faits, doute d'abord et finalement écarte l'idée délirante. Même au cours du délire post-onirique, une différence profonde le sépare du P. G. ordinaire. C'est que le malade conforme son attitude à ses idées délirantes. Il ne présente plus cette discordance niaise entre ses idées et son attitude, qui a été tant de fois relevée dans la P. G. Son caractère devient aussi plus personnel, plus entier même. Il perd cette approbativité, cette euphorie, cette puérilité niaise du P. G. Quoique l'humeur reste encore dans la plupart des cas labile et changeante, et que parfois on constate, même après une restauration psychique très satisfaisante, la survivance d'une légère euphorie et d'un état submaniaque, il y a pourtant une prédominance nette d'états dépressifs et surtout d'asthénie psychique. Le malade se sous-estime parfors, se plaint de ne pas être comme avant, de se fatiguer facilement. Il a des inquiétudes pour son retour chez lui, croit qu'on ne le laissera pas partir, a facilement quelques idées de persécutions, se méfie, a des moments d'impatience et d'irritation. Puis, tout se dissipe peu à peu. Le malade a une tenue propre et réservée, reconnaît qu'il a été malade, explique les motifs qu'il a de rentrer chez lui, où il est nécessaire, écoute et met en pratique les conseils qu'on lui donne. Voici un cas résumé qui correspond à ce tableau :

M. D. — 39 ans ; mariée. Arrive avec le diagnostic d'encéphalite épidémique. Depuis quelques semaines agitation à début brus-

que, propos incohérents, mord et frappe les infirmières, essaye de se noyer dans son bain, brise les meubles. A son arrivée au sanatorium, état confusionnel, prostration, amaigrissement considérable. Signes neurologiques et sérologiques de la méningo-encéphalite diffuse. Traitement malarique, douze jours d'incubation, puis fièvre tierce régulière ; quinze ascensions thermiques puis directement série de 7 gr. de sulfarsénol en injections de 18 centigrammes tous les deux jours. Au cours de la période pyretique, confusion mentale stuporeuse, ne répond que difficilement aux questions, mais de façon assez pertinente ; délire tranquille, quelques hallucinations auditives et visuelles terrifiantes ; agitation intermittente ; amaigrissement considérable ; dénutrition profonde ; forte insuffisance hépato-rénale ; gâtisme. Dès la première piqûre de sulfarsénol, n'a plus de poussées fébriles, se remet à manger voracement et regagne 10 kg. en moins de trois semaines. Reprend contact avec l'entourage. Pourtant se croit morte, a été emportée par le diable, on l'a torturée, nous sommes ses bourreaux. S'irrite facilement, répond encore grossièrement, est sale, mange gloutonnement et ne s'occupe pas de sa tenue débraillée. Puis au bout de deux semaines devient plus calme, plus réservée ; sa tenue est convenable ; répond poliment ; s'excuse auprès des infirmières de leur avoir donné tant de mal ; s'inquiète d'être devenue si laide et d'avoir perdu ses cheveux ; pleure parfois parce que son mari ne voudra plus d'elle ; a quelques idées d'indignité physique. Au bout d'un mois tout rentre dans l'ordre. Elle rentre chez elle et m'écrit régulièrement des lettres tout à fait correctes.

b) Dans d'autres cas, enfin, le malade reste un malade, mais son allure clinique se transforme complètement. C'est Gerstmann, je crois, qui a le premier décrit cette forme sous le nom de « halluzinatorisch-paranoïde und katatoniforme zustandsbild ». Elle se rapproche étonnamment de la psychose hallucinatoire chronique. Le plus souvent, à la fin de la période fébrile, on constate un changement d'attitude de la part du sujet. Il devient plus réservé, hautain, parfois menaçant, son irritabilité s'exaspère et il se livre dans certains cas à des actes de violences préméditées qui n'ont rien des impulsions de certains P. G. Les mots qui lui échappent au cours de ses colères ou de ses manifestations de mépris découvrent son délire. Il est entouré de bandits qui veulent l'empoisonner et le dépouiller de ses biens. Il est, souvent encore, riche, roi, tout-puissant, mais il ne peut jouir de ses

titres et de ses biens à cause de ses bourreaux. Il n'ose manger de peur de mourir, il se protège contre ses ennemis, parfois même a des réactions violentes et de la haine contre une personne déterminée. Ses idées délirantes ne sont plus, suivant la formule paralytique de Falret, « mobiles, incohérentes, absurdes, multiples et contradictoires ». Elles tendent, au contraire, à devenir cohérentes et logiques, et le malade a une attitude adéquate à son délire.

Les hallucinations, toujours existantes, sont parfois réduites, le plus souvent prédominantes. Tous les sens peuvent être atteints, mais particulièrement l'ouïe. Ces hallucinations de l'ouïe vont des simples bourdonnements aux formes verbales et impératives. Il s'y joint souvent des hallucinations sensitives et cénesthésiques : on électrise le malade, on le transforme, etc. L'humeur, enfin, est très changeante et instable, généralement du type coléreux. On constate parfois un rapport entre les crises coléreuses et les injections de sulfarsénol. Tantôt ce syndrome hallucinatoire disparaît peu à peu par correction des phénomènes d'automatisme mental et auto-critique des idées délirantes ; et le malade semble guéri complètement. Tantôt la maladie devient chronique et garde l'allure clinique d'une psychose hallucinatoire chronique ou perdure sous forme d'état paranoïde simple. En voici un exemple :

C. A. — 42 ans. Début des manifestations apparentes par ictus ; perte de mémoire ; mégalomanie ; extravagances ; excès de toute nature ; signes physiques et sérologiques de la méningo-encéphalite diffuse. Impaludation. Incubation de 14 jours ; fièvre tierce avec quelques irrégularités ; 15 ascensions thermiques ; traitement au sulfarsénol. Peu à peu transformation psychique : l'euphorie fait place à une attitude hautaine, digne et réservée, le malade calque son attitude sur un délire mégalomaniaque qui devient moins absurde. Quelques périodes d'excitation correspondant aux injections. Il entend des voix qui tantôt l'irritent, tantôt le consolent. Croit qu'on l'empoisonne, qu'on lui veut du mal. Ne veut plus parler à personne. Puis au bout d'un mois environ critique spontanément son délire mégalomaniaque et reconnaît qu'il a été malade et a dit des absurdités. Mais il reste gêné par les voix et la musique qu'il entend continuellement et qui l'empêchent de faire attention à quoi que ce soit. Il se croit encore en butte à des persécutions sans savoir d'où elles viennent. Il est

difficile, irritable, facilement agressif. Enfin depuis quelques temps les hallucinations auditives ont complètement disparues et il peut se livrer á quelques occupations intellectuelles. Mais il a fixé ses revendications paranoïdes sur sa femme qu'il accable des reproches les plus outrageants et á laquelle il fait une vie impossible. Pour les autres il est poli avec réserve et correct sans amabilité. Il est trés économe, même avare, s'inquiéte beaucoup de son avenir matériel et de sa santé. Il s'est remis au travail et semble capable de le mener à bien.

Ces formes hallucinatoires et paranoïdes semblent surtout se présenter chez des sujets ayant présenté antérieurement une constitution psychopathique.

Gerstmann a décrit également une forme catatonique avec maniérisme, stéréotypie, négativisme, impulsions. Je n'ai jusqu'à présent pas rencontré de cas de ce genre.

En résumé, donc, on peut déjà rencontrer dans certains cas quelques modifications psychiques au cours de la période fébrile, le syndrome paralytique prenant la forme d'une confusion mentale avec délire hallucinatoire toxi-infectieux. Puis, au cours de la période post-fébrile, on peut constater soit une liquidation de l'état confusionnel, avec ou sans délire post-onirique transitoire, soit un syndrome rappelant la psychose hallucinatoire chronique, et s'améliorant ou non au bout d'un temps plus ou moins long.

Peut-être, avec Gerstmann, peut-on considérer que ces modifications si profondes de l'allure clinique de la maladie sont dues à l'action de la toxi-infection sur des cerveaux paralytiques. Peut-être peut-on y voir le réveil, sous l'action de la double action syphilitique et malarique, de tendances psychopathiques restées antérieurement latentes. Quoi qu'il en soit, il semble bien que l'ancienne conception de la démence primitive dans la P. G. doive être révisée et qu'on doive admettre, avec Toulouse, Binet, Simon, Mignard et d'autres, que l'inhibition psychique l'emporte, au moins au début, sur la destruction définitive. La démence paralytique ne serait qu'un état terminal précédé d'une phase plus ou moins longue de déficit fonctionnel, laissant la porte ouverte à tous les espoirs thérapeutiques, mais aussi à toutes les transformations psychopathiques.

Discussion

M. le D[r] Obregia. — Conduisant depuis plus de 30 ans un grand hospice, j'ai eu la possibilité de suivre jusqu'à la fin mes malades de P. G., et je puis confirmer ce que vient de dire M. Vermeylen, tout en le tranquillisant : ce n'est pas la malariathérapie qui est la cause de ces délires de persécution tardifs, car je les ai observés et décrits il y a *17 ans*. Voici la brochure, imprimée en français, en 1909 (extrait de la *Revue des Sciences médicales*) (1), dans laquelle je décris, basé sur 38 cas, le fait que, dans à peu près un cinquième des cas de P. G., après bon traitement spécifique, il se manifeste tout d'abord un commencement de rémission et puis elle s'arrête. A ce moment, le malade, jadis si expansif, grandomane et approbatif, devient au contraire mécontent, soupçonneux et bien vite après commence à lancer toute espèce d'accusations contre ses proches ou ses amis : on lui en veut, on le dépouille de ses biens, on met des choses toxiques ou malodorantes dans ses plats, etc. Parfois même des hallucinations très prononcées, visuelles et surtout auditives, se prononcent et peuvent quelquefois prédominer. Comme vous voyez, le malade arrive dans ces cas a passer par une phase que je proposerais d'appeler : *phase paranoïde*. Ce n'est donc pas une forme de début de la P. G., ni de son acmé, mais bien plus tardive, et je la compare à une espèce de réaction de réparation, car elle arrive après un commencement de rémission. Quant à la durée de cette phase paranoïde, elle peut varier de quelques jours à quelques années. Dans ces derniers cas, on comprend bien qu'il puisse arriver des erreurs de diagnostic, d'autant plus que, comme je l'ai montré au Congrès de Berlin (1910), confirmé par Tauzi en 1911, dans les cas très anciens de P. G., le liquide céphalo-rachidien de la ponction lombaire tend à devenir négatif. C'est pour cela que j'ai fait la ponction *sous-occipitale* à cette époque (voyez *C. R. Soc. de Biologie*, 16 juillet 1908). Je me suis convaincu par cette ponction que, plus on s'approche du cerveau, plus on a de résultats positifs dans ces cas. Il ne peut donc y avoir erreur de diagnostic.

---

(1) V. Le paranoïsme métaparalytique. *Revue des Sciences médicales*, N° ii. Bucarest, 1909.

La façon de finir de cette phase paranoïde est le retour à la rémission, qui l'a précédée, ou l'aggravation et la déchéance finale. Assez souvent cette dernière s'installe brusquement, à la suite d'une attaque congestive (ictus), qui, comme on sait, est chose assez fréquente dans une partie des cas de P. G.

M. A. Marie (de Paris). — Comme l'éminent orateur je pense que la question de la démence paralytique devra être révisée tout comme celle de la démence précoce.

La démence paralytique que l'on croit globale, fatale, définitive et destructive ne l'est pas.

Moi aussi je l'ai constaté grâce aux souches que Bruxelles m'a transmises (merci au Pr Ley de ce fait). J'ai depuis 3 ans multiplié les applications malariathérapiques et leuco-pyrétothérapiques. J'ai présenté il y a quelques mois à la Société de Syphiligraphie de Paris un groupe d'une dizaine de cas de P. G. en rémission telle que tous avaient repris place dans la vie et parfois dans des fonctions importantes qu'ils remplissaient à nouveau depuis des mois (10 et 12 mois), or tous ces malades avaient été étiquetés déments paralytiques et par des médecins divers, éminemment compétents.

Les malades étaient, pour plusieurs, tombés dans le gâtisme et avaient eu toutes les apparences d'une déchéance irréparable. C'était cependant une apparence.

Les auteurs allemands ont signalé ces cas, ainsi que ceux plus ou moins améliorés des P. G., restant des délirants ou sub-délirants paranoïdes avec délire actif par rémission partielle des syndromes démentiels et des déchéances générales. La persistance de troubles mentaux peut être ici plus en rapport avec la prédisposition constitutionnelle ou les mutilations cicatricielles qu'avec un processus spirochétique enrayé.

Il se pourrait en ces cas qu'une infiltration œdémateuse des tissus de soutènement de l'encéphale réduise les neurones et leur réseau associatif à une suspension de fonctions qui en puisse imposer pour destruction. Certaines constatations histologiques de Spillmeyer présentées au congrès de Zurich il y a 2 ans, sembleraient confirmer cette hypothèse.

Certains œdèmes généraux ou partiels, observables en dehors de l'encéphale même, me semblent aussi invocables ici. La semaine dernière, à la Société clinique de médecine mentale de Paris, mon collègue Trénel a présenté 4 cas de

mon ancien service où je les avais traités par malaria, et où des œdèmes transitoires marquèrent une période du traitement. Ces œdèmes peuvent tenir à un état particulier du rein (très à surveiller), il se pourrait aussi qu'ils tiennent à certaines souches malariques (puisque plusieurs de ces cas étaient inoculés avec une même souche de plasmodium). Quoi qu'il en soit, ces œdèmes s'accompagnent des apparences de la déchéance démentielle imminente ; or ils se dissipent et l'apparence démentielle avec eux, pour faire place à la rémission possible plus ou moins nette.

La démence paralytique devra donc être révisée et on doit remercier M. le Dr Vermeylen de sa note si intéressante sur ce sujet.

Traitement intrarachidien des affections parasyphilitiques du système nerveux

Par M. Brunner (de Küssnacht)

Il est constaté qu'en appliquant seulement le traitement intra-veineux, un liquide céphalo-rachidien pathologique n'a plus pu être assaini, même aux phases initiales de la syphilis dans 20 0/0 à 40 0/0 des cas, selon la qualité du traitement général et l'âge de l'infection. L'âge de l'infection augmentant, ce pourcentage devient encore plus défavorable et après la 15e année d'infection, le traitement intraveineux n'a, dans aucun cas, pu obtenir un liquide normal. Mais cet état de choses a beaucoup changé par suite du traitement intrarachidien d'après le procédé de *Gennerich*. S'appuyant sur de longues études, Gennerich se résolut de combattre le processus syphilitique, non seulement par la voie du sang, mais encore par celle du liquide céphalo-rachidien. Il ne se servit pas pour cela d'un sérum comme *Swift* et *Ellis*, *Laforce* et *Fordyce*, mais mélangea du salvarsan au liquide dont il avait pris des quantités de 50 à 90 cc., et fit repasser les deux tiers de ce liquide salvarsanisé, espérant que, de cette manière, il pourrait conduire le salvarsan plus près du foyer de l'affection. Le succès en fut instantané. Si le traitement intraveineux avec du salvarsan n'avait obtenu, dans des cas de syphilis cérébro-spinale, que 36 0/0 de guérison, ce chiffre monta alors jusqu'à 76 0/0. Encouragé par ce succès, *Gennerich* passa plus tard au traitement des affections parasyphilitiques avec le même succès.

Comme on avait trouvé que les doses maxima que supportaient une moelle épinière dégénérée n'avaient qu'un effet insuffisant sur une affection cérébrale qui accompagnait l'affection spinale et qu'il était constaté que le cerveau supportait sans complications des doses de salvarsan plus fortes, il s'agissait de trouver un chemin pour traiter ensemble et en

même temps les deux processus. *Gennerich* y atteignit par *la double ponction intra-rachidienne.* On parvient par ce procédé à introduire dans les espaces arachnoïdiens cérébraux des quantités de salvarsan plus fortes, sans que la moelle épinière, très sensible, reste plus longtemps en contact avec elles et en soit atteinte. On exécute en même temps deux ponctions, une plus haut, à l'endroit de la colonne vertébrale dorsale et une autre plus bas, près du sacrum. Au premier endroit on laisse 5 à 6 cc. s'écouler, plus bas 50 à 80 mm^3 et plus. Au liquide supérieur on ajoute, selon le caractère de l'affection, 1 à 3 mmgr. de néo-salvarsan et au liquide inférieur, quand il s'agit en même temps de tabes, 1/4 à 3/4 de mmgr. de néo-salvarsan. Le liquide bien mélangé et la tête et le corps du malade abaissés, on fait repasser d'abord le liquide supérieur, puis le liquide inférieur, maintenant la position indiquée du corps du malade pendant 24 heures. Ce traitement par la double ponction a aussitôt eu encore de meilleurs résultats que la ponction simple et nos propres résultats sont aussi excellents, comme ceux de *Gennerich.* 50 0/0 des malades traités par nous, d'après cette méthode, ont pu reprendre leur travail ordinaire. Le succès du traitement est d'autant plus sûr et plus durable, que l'affection est plus récente. Le traitement, appliqué d'une manière correcte, le succès ne dépend pas du hasard, mais est absolument sûr et certain.

D'ordinaire, l'amélioration est suivie d'un assainissement du liquide : les globulines, l'albumine, la lymphocytose, le Wasserman diminuent ou disparaissent.

La durée des succès est de 2 mois à 4 ans et plus.

Parallèlement au traitement intrarachidien, on applique aux malades un traitement intraveineux avec salvarsan, alternant avec bismuth et jod.

Le domaine où le traitement intrarachidien sera le plus difficile à appliquer, c'est celui des affections de la moelle épinière. Nous sommes ici en présence du fait d'une moelle épinière où des altérations métasyphilitiques, c'est-à-dire dégénératives, se préparent ou sont en plein travail, ne supportent qu'environ la 4e partie de la dose intrarachidienne indiquée pour une moelle épinière normale. Plus le liquide contient d'éléments inflammés, c'est-à-dire de cellules, plus le dosage peut être augmenté. Mais plus l'inflammation des méninges est diminuée, plus il sera urgent de tenir la dose

intrarachidienne dans les limites où elle ne peut pas faire de mal, c'est-à-dire 1/2 mmgr. sur 60 à 80 cc.

Voici encore quelques remarques sur l'indication du traitement intrarachidien chez le tabes. Dans tous les cas de tabes stationnaire à liquide normal, il n'y a pas lieu d'appliquer ni le traitement intrarachidien, ni tout autre traitement. Mais dans tous les cas avec une petite altération du liquide, accompagnée de violentes crises de douleur, on devrait faire un essai avec le traitement intrarachidien, parce qu'avec une application méthodique, on peut obtenir une amélioration marquée. Le traitement du tabes gastrique et de l'atrophie optique-syphilitique dégénérative est fort à recommander parce que dans les deux tiers des cas il y a espoir d'obtenir une amélioration.

Pour ce qui est des complications possibles il ne peut s'agir que d'irritations spinales et de réaction Herscheimer, mais qui ne sont que passagères.

Plus important et plus nécesaire que la tâche de traiter la métasyphilis, est celle de la prévenir. Les précurseurs de la métasyphilis, les inflammations des méninges latentes se trouvent, comme on sait, aux phases initiales de l'affection syphilitique, tandis que les malades sans sentir de douleurs et sans être avertis sont condamnés sans s'en douter au sort misérable d'une maladie chronique et peut-être inguérissable. En contrôlant à temps le liquide, on pourrait facilement constater les cas menacés et appliquer le traitement qui garantit la guérison complète. Et ce traitement absolument sûr et sans danger, nous le possédons dans la double ponction intrarachidienne.

M. A. Marie (Paris). — Je me permettrai d'apporter mon expérience à propos de l'importante note du D[r] Brunner, sur la salvarsanisation directe des centres nerveux des P. G. et tabétiques.

En 1913 j'ai aussi appliqué cette méthode avec quelques résultats encourageants. Ils m'engagèrent même avec Levaditi et de Martel à opérer la salvarsanisation avec sérum d'animaux salvarsanisés par voie intracranienne, avec trépanation frontale supéro-externe bilatérale. Cette méthode où toute la maëstria opératoire de de Martel fut utilisée donna des résultats immédiats heureux. M. le Professeur Sicard l'appliqua

en même temps que nous avec un procédé de trépan différent. Nous présentâmes un rapport sur la question au Congrès d'Assistance aux Aliénés de Moscou, fin 1913, et le Dr Poussep en fit des applications dans le service de Bechterew. Mais la guerre venue interrompit ces tentatives et 5 ans après, nous ne les avons pas reprises, parce que aucun des malades traités ainsi, tant par voie cérébrale que rachidienne, n'avait eu de rémission persistante et ne survécurent au temps de la guerre. M. le Professeur Sicard a lui aussi cessé d'employer ces méthodes. Je sais que le Pr Obregia de Bucarest s'en trouve bien et l'applique depuis 1908 par la voie de ponctions occipitales et l'emploi de composés mercuriaux (*S. biologique de Bucarest,* 16 juillet 1908, p. 277).

Il y a donc lieu pour cette méthode générale de prêter une attention particulière en dépit des résultats négatifs qu'elle nous a pu donner à Paris.

Un couple de faux sadiques

Par M. MOLIN DE TEYSSIEU

La curieuse histoire judiciaire que nous apportons ici, ne vaut guère que par ses côtés pittoresques. A défaut d'intérêt scientifique profond, elle comporte pour le médecin légiste un triple enseignement de méfiance envers les suggestions du dossier et du magistrat, de patience dans ses investigations et de prudence dans ses conclusions.

Voici les faits :

Dans le courant de l'année dernière, le Parquet d'une sous-préfecture importante était saisi de nombreuses plaintes émanées des parents de fillettes placées comme domestiques chez de riches châtelains des environs. Elles accusaient ces derniers de se livrer à des sévices sur la personne de leurs enfants. L'enquête de police ne tardait pas à établir qu'effectivement certains matins, au saut du lit, sous un prétexte quelconque, Madame après une courte discussion fustigeait ses jeunes bonnes, quand elle ne leur administrait pas, bon gré mal gré, un clystère, une injection ou quelqu'autre pratique hygiénique ; Monsieur attiré par le bruit intervenait chaque fois, en tenue légère, et mettait fin à la scène, modérant l'ardeur de son épouse et consolant la victime.

Le dossier ne contenait à vrai dire que d'excellents renseignements sur les deux conjoints, mais les témoignages marquaient quelque hostilité à l'égard de la jeune femme étrangère au pays, et dont l'aspect bizarre avait prêté à la critique locale. Son hérédité vésanique révélée au cours de l'instruction précisait les charges contre elle. Le magistrat était certain de tenir la seule coupable, perverse génitale réalisant un type de sadique à peu près parfait.

L'examen psychiatrique de la prévenue, puis celui ultérieur de son mari devait nous montrer que la réalité était tout autre. Longtemps entravé par une réticence systématique des

deux inculpés, ce n'est qu'à force de patience, que parvenu à gagner la confiance, nous obtenions la clef de cette étrange comédie, dans laquelle, contre toute apparence, la femme n'avait jamais été qu'un passif instrument aux mains de son mari, le seul véritable pervers.

Celui-ci, sous l'aspect débile d'un état physique précaire, présentait toutes les apparences de la torpeur intellectuelle et de l'apathie affective les plus profondes, cependant que son masque d'inertie et d'indifférence cachait une intelligence ouverte, une sensibilité aiguë et une imagination exaltée, il avait progressivement développé dans sa misanthropie une sexualité toute cérébrale et cultivé un véritable fétichisme de la fesse féminine dont il recherchait l'excitation, par la lecture des auteurs licencieux, la vue par la collection d'estampes libertines, et plus rarement le contact par les mises en scènes hygiéniques ou disciplinaires où il avait imaginé de faire jouer le premier rôle à sa femme.

Cette dernière malgré de lourds antécédents héréditaires, malgré une certaine étrangeté d'allures faite de maniérisme des attitudes, de préciosité des termes, d'exhubérance de la mimique et surtout d'un trouble congénital de la motilité oculaire, ne présentait d'autre trouble mental qu'une débilité foncière du sens critique, estompée sous le vernis des automatismes mondains. L'étonnement réprobateur qu'elle avait primitivement conçu à se prêter aux fantaisies conjugales s'était vite mué en complaisance passive et peut-être en émotion plus agréable, car elle avait su discerner très vite la nécessité de ce hors-d'œuvre pour réveiller l'ardeur d'un conjoint défaillant. Rien ne constituait là une perversion morbide, la justice seule était qualifiée pour juger de la valeur morale de semblable conduite.

La notion de contrôle et son application

Par M. H. Arthus (de Lausanne)

On admet généralement que les accidents divers auxquels les auteurs donnent les noms de « psychasthénie, neurasthénie, psychonévroses », proviennent d'une discordance entre nos vies psychiques, inconsciente et consciente. De là deux conceptions : l'une servant de base aux méthodes de suggestion et tendant à doter l'individu d'une vie inconsciente nouvelle, l'autre, fondement de la psychanalyse, cherchant à connaître la forme exacte et les aspirations de la vie inconsciente, et réclamant de la part du sujet une mise en accord de sa vie consciente avec l'inconscient ainsi dévoilé.

L'auteur estime que c'est à tort que l'on a considéré le Conscient et l'Inconscient comme deux activités absolument opposables.

Il considère la vie psychique inconsciente comme une activité essentiellement automatique, organisée en vue des diverses opérations mentales qui constituent notre vie psychique et répondent à nos besoins. L'individu, le « moi » a la possibilité de contrôler cette activité automatique, soit en limitant les réactions en présence d'excitants extérieurs, soit en déclanchant, par ses propres moyens, une activité psychique déterminée. Pour exercer ce pouvoir de contrôle, le sujet doit éclairer certains faits de la vie inconsciente. L'activité consciente consiste précisément en cette mise en lumière, aux regards de l'individu, des faits inconscients à contrôler. L'activité consciente est en quelque sorte un projecteur au service du « moi ».

Le pouvoir de contrôle est-il diminué, l'on assiste à l'avènement de l'automatisme psychique et c'est précisément cet automatisme que révèle l'examen des malades sus-mentionnés. L'automatisme régresse, dès que par un entraînement approprié, le sujet a reconquis la possibilité de se contrôler.

La méthode de traitement employée par l'auteur consiste à développer méthodiquement chez les malades l'activité consciente sans laquelle il n'y a pas de contrôle possible. La technique employée a le mérite d'être précise et de répondre aux buts qu'elle se fixe :

1° Le malade vivant dans une sorte de rêve, incapable d'enregistrer les données sensorielles qui lui parviennent du monde extérieur, incapable par cela de vivre au présent, au contact des réalités objectives, on lui enseignera les moyens d'enregistrer à nouveau normalement ces données sensorielles.

2° Le malade étant (et c'est le symptôme capital de ces cas) incapable d'arrêter une idée, incapable de la juger ou de la modifier, on lui enseignera à suivre une idée à l'exclusion de toute autre. Au fond de toute idée morbide, il y a une part de vérité, mais l'idée est morbide *parce qu'elle s'impose.* La possibilité de l'arrêt de n'importe quelle idée supprime tout ce que les idées ont de morbide.

Le malade présentant une diminution de la spontanéité, on lui rendra cette spontanéité en lui enseignant à se déterminer à un acte librement et clairement conçu en l'absence de motifs étrangers à l'individu.

Remarque : le malade ne souffrant pas en réalité de la nature de l'idée souvent futile qui le tourmente, mais de la place anormale qu'elle prend malgré lui dans sa mentalité, l'on peut dire qu'il y a *commotion* par l'idée et non pas émotion accompagnant l'idée. L'auteur pour avoir observé ce fait, n'admet pas l'idée de la constitution émotive, mais croit que le facteur émotif est uniquement une conséquence de l'affaiblissement du pouvoir de contrôle et disparaît quand la possibilité du contrôle est rendue au malade. Les observations confirment absolument cette manière de voir.

Pour chacun des buts à atteindre, la méthode employée consiste à corriger avec le plus grand soin, les erreurs commises dans les opérations mentales les plus simples, les opérations complexes n'étant que les polymères des opérations simples. Lorsque par l'entraînement dans une opération mentale type, le sujet a acquis un degré donné de contrôle, ce pouvoir est applicable par lui à toutes les opérations mentales présentant le même degré de difficulté..., c'est là un fait

d'expérience, confirmé à nouveau à l'occasion de chaque traitement.

L'expérience a également montré que :

Dès que le contrôle des idées est rétabli, le sujet, libre de donner aux divers facteurs de son raisonnement leur importance relative, corrige ses jugements antérieurs, qu'aucun raisonnement n'aurait pu modifier.

Sitôt le contrôle rétabli, l'émotivité redevient normale.

Le contrôle reconquis permet au sujet d'aborder à nouveau, en pleine conscience, des idées morbides anciennes, piliers de toute sa personnalité morbide, et qu'il avait refoulées au plus profond de son inconscient, ceci sans psychanalyse.

Grâce à cette technique, il est possible de réformer toute la mentalité de l'individu, non selon la conception théorique de la perfection qui serait celle du médecin, mais beaucoup plus heureusement en rendant le sujet à lui-même.

Pratiquement, la méthode donne des résultats tout à fait remarquables, ceci indépendamment de la valeur personnelle du médecin.

Dymphne, la patronne de Gheel

Par M. Hans CHRISTOFFEL (de Bâle)

Ce fut en 1924, que les membres de notre congrès eurent l'occasion de visiter la colonie d'aliénés de Gheel, en Flandres. Vous êtes certainement tous de mon avis en considérant cette colonie comme modèle dans le traitement si humain des aliénés. Ainsi que vous le savez, il ne s'agit pas d'une institution moderne, mais d'une organisation qui existe depuis des siècles. Originairement un lieu de pèlerinage, la colonie actuelle est dirigée par des médecins, èt comprend 3.000 malades sur 17.000 habitants. La pratique que la population de Gheel a acquise dans le traitement familial des anormaux, est aussi admirable que l'organisation médicale qui règle et surveille le tout. Mais si cette organisation médicale ne date pas d'un siècle, l'origine de la colonie date de plus de mille ans.

Le petit guide, qui nous fut remis lors de notre visite à Gheel, rapporte ce qui suit sur les ORIGINES DE LA COLONIE : « Vers la fin du VIe siècle, la fille d'un roi d'Irlande, nommée Dymphne, vint se réfugier à Gheel avec son confesseur Gérébern. Elle s'était soustraite par la fuite aux obsessions de son père, qui désirait contracter avec elle une union incestueuse. Le roi parvint à découvrir la retraite des fugitifs ; ses soldats assassinèrent le vieux prêtre et lui-même décapita sa fille. — Des guérisons étonnantes obtenues au tombeau de la vierge martyre, consacrèrent son renom de sainte, et, chose intéressante, ce furent surtout les malheureux troublés dans leur raison qui vinrent y prier. — Les malades mentaux étaient alors considérés comme des possédés ; Dymphne avait resisté à l'esprit du mal jusqu'à souffrir le martyre ; ceux qui luttaient contre les tentations du démon, venaient s'inspirer de l'exemple de la Sainte sur la tombe vénérée. — L'église élevée à cet endroit possède une « Ziekenkamer »,

annexe psychiatrique... Lorsque la guérison n'était pas obtenue dès les premiers jours, le placement des malades dans les demeures environnantes devenait nécessaire, par suite de l'afflux de nouveaux pèlerins. C'est ainsi que la population gheeloise s'accoutuma de bonne heure au contact des malades mentaux, et que dans le cours des siècles cette pratique de l'assistance familiale s'organisa et s'étendit... »

La légende de Dymphne semble peu connue. Elle est contée dans le volumineux ouvrage de Jésuites belges, les célèbres « Acta sanctorum ». Pour nous, cette légende a de l'intérêt parce que nous pouvons y apprendre comment nos ancêtres se représentaient la nature de la guérison de l'aliénation. L'affluence des malades mentaux à Gheel qui continue depuis plus de mille ans, nous garantit jusqu'à un certain point que des guérisons ont été obtenues, quoique dans des conditions qui nous paraissent étranges, à nous médecins. Mais justement cette manière ancienne et étrange a, j'espère vous le démontrer sommairement, quelques points de contact avec la discipline moderne de la psychoanalyse.

On n'épuise pas, à mon avis, le problème des guérisons miraculeuses en y voyant uniquement un effet de la suggestion. Mais contentons-nous de cette explication un peu primitive et gardons bien en vue que d'après les expériences générales médicales, ce sont les affections psychonévrotiques qui sont susceptibles d'une influence psychique. Vous avez appris au cours de ce congrès, par mon vénéré maître Bleuler, que ce « facteur psychonévrotique », qu'il appelle symptômes secondaires, joue un grand rôle dans certaines psychoses, rôle que les médecins n'ont pas encore suffisamment reconnu.

Revenons à notre légende et rappelons-nous que Dymphne obtint sa sainteté et son pouvoir curatif en ne succombant pas aux tentations de l'inceste. Donc la légende met en rapport l'effort de surmonter l'inceste et celui de s'affranchir de la psychonévrose et de cette façon elle met en liaison les mêmes causes psychologiques que la psychanalyse. Si vous le voulez, vous pouvez reconnaître en ce chroniqueur Pierre, oublié depuis longtemps, et qui nous a transmis les premiers récits sur Dymphne, un précurseur poétique de Freud, tout comme Sophocle, l'auteur de la tragédie d'*Œdipe*.

Vous connaissez le terme : « Complexe d'Œdipe ». Si

nous voyons dans le complexe d'Œdipe un facteur plutôt pathologique, la chose à surmonter, LE MOTIF DYMPHNE nous montre au contraire UNE FORME DE GUÉRISON. Je puis, du reste, vous rappeler que les idées du moyen âge sur les possédés correspondent aux idées psychoanalytiques, ce que Freud a déjà fait remarquer dans un de ses premiers ouvrages. Sauf que nous ne voyons dans le démon, le diable, rien d'étranger, mais une chose propre à nous, quoique nous semblant étrangère. « L'esprit du mal », ainsi qu'il est nommé dans le texte cité auparavant, est représenté par la liaison incestueuse. Et le procès de guérison ne peut être mieux décrit que par les simples paroles : « Les possédés, qui luttaient contre les tentations du démon, venaient s'inspirer de l'exemple de la Sainte. » Pour le vieux Pierre, Dymphne, « Dympna » est équivalent de « divina », et dans ce sens il emploie les mots : « meritis et nomine Dympna », par le mérite et par le nom divine. Sans faire violence à son texte, nous pouvons nous figurer que la guérison s'accomplit par la force de l'amour divin qui se développe de l'obsession démoniaque. — Dans la légende, l'amour divin est toujours décrit comme « fort comme la mort » ; Pierre ne peut assez relever sa capacité de se sacrifier et surtout sa force de renoncer à l'assouvissement immédiat. Dymphne ne renonce pas à l'amour, elle se refuse seulement à l'agressivité du mâle par amour pour son fiancé céleste.

Cette tendance, cette MAÎTRISE DU PASSIF SUR L'ACTIF, DU PRINCIPE FÉMININ sur le principe masculin, cette victoire de la faiblesse sur la force, se retrouve dans toute la légende. Le mal que fait l'homme est corrigé par le bien que fait la femme. Ainsi, Dymphne a la tête coupée par son père, et son premier miracle est de remettre à un couvreur (*tector lignorum*) croyant le pouce qu'il s'était tranché au travail. Aussi, les images qui représentent Dymphne n'illustrent-elles aucunement son martyre, elles glorifient sa victoire. Vous connaissez tous ces images de saints décapités, empalés, dardés de flèches, etc. ; rien de celà chez Dymphne. Elle est représentée comme reine, avec couronne et auréole, la tête droite ; dans le bras gauche un livre ouvert ; la main droite s'appuyant sur un glaive. — L'image ressemble donc plutôt à celle d'une Justice qu'à celle d'une martyre. Comme je l'ai

dit, la victoire de la cause juste sur la force primitive et brutale ressort dans toute la légende. Les bêtes sauvages ne touchent pas à son corps non inhumé ; plus tard, la tête tranchée est rattachée au tronc, et le martyre est inscrit seulement sur une tuile rouge qu'on trouve sur sa poitrine. Par sa mort, elle devient souveraine de Gheel, aucune force ne peut l'enlever de ce lieu, tandis que son père s'enfuit et que le corps de Géréberne est volé. L'Eglise de sainte Dymphne remplace celle de saint Martin.

Cette victoire du principe féminin sur le principe masculin est une chose qui peut être suivie historiquement, m'a-t-on dit. Les saints forts et miraculeux, surtout saint Georges et saint Martin, qui jouaient souvent un rôle de dieux locaux, furent de plus en plus supplantés par l'adoration de la servante et mère de Dieu. Et l'époque de floraison du culte de Marie [vers les XIe et XIIe siècles] est aussi celle où florissaient les ménestrels avec leur culte pour la femme et l'amour.

Le rôle de la femme a été moins analysé, et il est probable que le folklore et ce que l'histoire nous a transmis de l'an mil de notre ère pourraient nous fournir maints renseignements et nous donner de nouvelles impulsions. Si le rôle de la femme n'a été considéré plus spécialement que dans la littérature analytique récente, je m'explique cette négligence par le fait que Freud, ainsi que la plupart de ses collaborateurs, sont sortis du judaïsme. La tradition du Dieu père, telle qu'est la tradition juive, ne peut manquer d'influencer même la science pure, du moins dans la tendance des intérêts.

Je ne puis qu'effleurer tout ceci, ne disposant que de peu de temps ; je ne puis toucher à l'essentiel, et m'expose peut-être à être mal compris.

Laissez-moi me RÉSUMER ainsi :

1) Nous trouvons dans la légende de Dymphne, sous la forme poétique, ce que la psychoanalyse prouve scientifiquement, c'est-à-dire un rapport entre la santé psychique et l'obsession incestueuse surmontée.

2) La légende porte à la femme un intérêt que la psychoanalyse ne connaît pas dans ses premiers ouvrages. Je vous ferai encore remarquer que le motif de Dymphne

n'a pas été considéré dans le grand ouvrage de Rank : « Le motif de l'inceste dans la poésie et dans la légende. »

3) Nous supposons que dans la première littérature psychoanatytique l'intérêt marqué pour l'homme est dû aux influences de la tradition juive.

4) En tant que le « folklore » est un objet important pour la psychoanalyse, les légendes chrétiennes de l'époque autour de l'an mil pourraient fournir des renseignements précieux sur le rôle de la femme.

On peut trouver inutile et sans intérêt de discuter les choses que je viens de vous avancer. Quel rapport y a-t-il entre un psychiatre et une légende, et cette vieille légende, quel rapport a-t-elle avec la psychiatrie moderne ? Mais disons-nous que la science puise aux sources très anciennes de l'instinct et de l'intuition ; que nos remèdes, nos aliments ont été découverts instinctivement, et que leur nature n'a été reconnue que plus tard, par l'analyse chimique. Nous pouvons donc espérer qu'au moyen de la psychoanalyse tout ce que les méditations et les efforts anciens ont découvert et appliqué vienne enrichir notre science psychiatrique.

La statistique dans la recherche psychologique

Par M. H. Bersot (de Neuchâtel)

Le médecin, et tout particulièrement le psychiatre, témoigne habituellement vis-à-vis de la statistique un dédain à peine marqué. Il attribue à son expérience personnelle une importance prédominante. Il oublie qu'en réalité cette expérience est constituée par des observations répétées un nombre inconnu de fois, c'est-à-dire par des *fréquences* et qu'il aurait tout intérêt à définir plus exactement ces fréquences. Il se libérerait ainsi de nombreuses illusions et pourrait exposer avec une indiscutable précision le résultat de ses recherches.

La discussion de ces jours derniers au sujet de la schizophrénie, discussion où l'on est si peu parvenu à s'entendre au sujet des termes eux-mêmes, montre bien la nécessité de méthodes de recherches plus exactes et plus objectives qui permettent à chacun de vérifier les expériences d'autrui en laissant parler les faits seuls et non les interprétations qu'en donne le chercheur.

Au premier abord, il semble impossible d'appliquer aux phénomènes vivants des méthodes aussi rigoureuses que les méthodes mathématiques. Le caractère essentiel des phénomènes vivants et tout particulièrement des réactions psychiques, n'est-il pas *la variabilité ?* N'y a-t-il pas une différence fondamentale entre les phénomènes vitaux variables et inconstants et les phénomènes mécaniques et physiques uniformes et constants?

C'est une erreur de croire que les méthodes des sciences exactes ne sont applicables qu'aux phénomènes uniformes et constants. Grâce aux méthodes mathématiques modernes, nous sommes à même de déterminer la variabilité, de la définir à l'aide de quotients et de valeurs moyennes comparables les unes aux autres. Le caractère essentiel des phénomènes vivants, défini ainsi avec une rigoureuse exactitude, devient alors l'objet principal de la recherche.

Nous choisissons à titre d'exemple, l'expérience dite « *des associations d'idées* », telle qu'elle est couramment pratiquée dans nos cliniques psychiatriques. A une série de 100 mots différents que l'on prononce successivement devant le patient, celui-ci doit répondre chaque fois le plus rapidement possible par le premier mot qui lui vient à l'esprit. A l'aide du chronomètre, on note le temps qui s'écoule entre le moment où l'on a prononcé le mot excitateur et le moment où le malade répond. Fréquemment on répète une seconde fois toute la recherche, quelques minutes après, pour voir si le malade répond très différemment de la première fois et avec d'autres temps de réaction.

C'est ainsi par exemple, qu'au mot « *tête* », le malade répond par « *corps* » en 12/5 de seconde et lors d'une deuxième expérience, il répond par le même mot, mais en 8/5 de seconde ; au mot « eau », il répond par « liquide » en 7/5 de seconde, une seconde fois il répond par « transparent » en 11/5 de seconde, etc. Ce sont ces temps de réaction très variables qui font l'objet de notre recherche.

On ne saurait pour les étudier se contenter de graphiques que chacun peut apprécier à sa guise ; on ne peut non plus se contenter de la moyenne arithmétique incapable de tenir compte de la variabilité, car une même moyenne arithmétique peut être fournie par les chiffres les plus différents.

Pour déterminer objectivement la variabilité des temps de réaction obtenus par l'expérience des associations d'idées, nous avons eu recours à la méthode dite « *des valeurs moyennes* » décrite par G.-F. Lipps de Zurich (1).

Chez tel individu, les temps de réactions sont peu différents les uns des autres et sont en général proches de leur moyenne arithmétique autour de laquelle ils restent groupés. Chez tel autre au contraire, ils sont les uns très courts, les autres très longs et tout en ayant à peu près la même moyenne arithmétique que chez le premier, ils se dispersent à des distances très variables de cette moyenne. Ces différences de dispersion sont aisées à déterminer exactement à l'aide de la valeur moyenne dite « *indice de Dispersion* ». Il existe aussi un « *indice d'Asymétrie* » qui nous permet de fixer la répar-

---

(1) G.-F. Lipps. — *Theorie der Kollektivgegenstände*. Chez Engelmann à Leipzig, 1902. — *Die psychischen Massmethoden*. Braunschweig, Vieweg, 1906.

tition plus ou moins régulière des valeurs autour de la moyenne arithmétique. *L' « indice du Cours des Valeurs »* enfin, nous permet de déterminer dans quelle mesure les fréquences les plus abondantes se trouvent aux environs immédiats de la moyenne arithmétique, ou en sont au contraire les plus éloignées.

La méthode dite « des Valeurs moyennes » nous permet de déterminer sans peine et avec exactitude ces trois caractères essentiels de la variabilité : dispersion, asymétrie et cours des valeurs.

A l'aide de tableaux graphiques, B. expose comment, en appliquant cette méthode, il est parvenu à déterminer les différences essentielles qui distinguent les temps de réaction des enfants, des schizophrènes et des encéphalitiques, différences qui n'apparaissent qu'à peine à l'aide de la moyenne arithmétique et qui se révèlent très vastes et très riches à l'aide des « valeurs moyennes ».

Il rappelle aussi comment ce sont ces méthodes qui, au cours de ses abondantes recherches au sujet du réflexe plantaire, lui ont servi à établir la variabilité de chacune des réactions observées, ses relations avec chaque autre réaction concomitante, son évolution normale au cours de l'âge, sa variabilité dans les cas pathologiques, etc.

En nous permettant de déterminer les caractères essentiels de la variabilité, les valeurs moyennes élargissent considérablement le champ de la recherche et posent en même temps les conditions indispensables à une bonne investigation. Elles exigent du chercheur des *définitions* très précises de tous les termes du problème posé. Elles exigent aussi une recherche absolument objective et obligent à *compter et mesurer.* Non seulement elles permettent de vérifier certaines données empiriques, de corriger nombre de données encore peu sûres, de poser mieux certaines hypothèses mal établies, mais encore elles posent quantité de problèmes nouveaux et fournissent à la recherche future une base solide parce que rigoureusement objective.

Le traitement par le Paludisme des psychoses autres que la Paralysie générale

Par M. Fribourg-Blanc

Professeur agrégé au Val-de-Grâce

Un des faits les plus importants de la psychiatrie actuelle est certainement le grand effort tenté dans la voie de la thérapeutique des maladies mentales. Il semble que les essais principaux se soient portés, au cours de ces dernières années, vers la méthode des chocs : choc thermique simple ou choc infectieux : injections de nucléinate de soude, de lait, abcès de fixation à la térébenthine, toxines microbiennes, tuberculine (Anglade et A. Marie), sérums, vaccin antityphoïdique (Wagner). Tous ces procédés tendant à constituer une leuco-pyrétothérapie. Je ne reviendrai pas sur l'historique des recherches faites dans ce sens. De nombreux auteurs : A. Marie, Mlle Pascal entre autres ont nettement mis au point cette question.

Les résultats les plus heureux paraissent avoir été obtenus à l'aide du choc infectieux par l'inoculation du paludisme appliqué pour la première fois en 1917 par Wagner von Jauregg. Qu'on me permette à ce sujet, de rappeler que le principe de la malariathérapie avait été émis dès 1913, par un auteur français, Legrain, dans son traité des Maladies des pays chauds.

C'est dans la paralysie générale que jusqu'à présent le traitement par l'inoculation du paludisme a surtout été appliqué. Malgré les nombreuses controverses, encore très vives, au sujet de cette thérapeutique, l'efficacité sinon parfaite, du moins très intéressante de la méthode ne peut, à mon sens, être niée. De nombreuses statistiques en font foi. M. Dardenne (de Dave) me rappelait, hier encore, les succès qu'il a obtenus. Je ne puis que m'associer pleinement aux conclusions des très intéressantes communications qu'a faites à cet égard à

notre congrès M. Vermeylen, et je me permettrai d'insister particulièrement, au sujet des modifications du psychisme chez les sujets malarisés, sur l'importance du retour de l'autocritique qui frappe tout spécialement chez les paralytiques généraux ainsi traités. Ce retour de l'autocritique impressionne d'autant plus que l'euphorie niaise, l'énormité, l'absurdité, font généralement la base des troubles délirants de ces sujets. A la faveur du traitement, les malades récupèrent avant tout la juste appréciation de leur état comme j'avais cru devoir le signaler dans mes notes antérieures sur ce sujet (*Paris-Médical,* décembre 1925 ; *Progrès Médical,* 26 juin 1926).

Considérant comme un fait acquis les rémissions de la paralysie générale chez les sujets soumis à la malariathérapie, j'ai tenté d'appliquer cette thérapeutique dans des psychoses autres que la P. G. N'avait-on pas, du reste, observé depuis bien longtemps l'heureuse influence que pouvait exercer une maladie infectieuse, survenant au cours d'une maladie mentale sur l'évolution de cette psychose ? Le fait avait été noté dans la manie, la mélancolie, l'épilepsie, la démence précoce et l'on sait que Louis XI, atteint de « mal caduc », s'était exposé pour guérir de ce mal à contracter la fièvre quarte.

Convaincu de l'inocuité de la malariathérapie, quand elle est appliquée avec méthode et prudence, je me suis donc cru autorisé à l'employer en dehors de la paralysie générale. C'est ainsi que j'ai pu, au cours des 8 derniers mois, impaluder 7 malades hospitalisés dans mon service du Val-de-Grâce. Je vous apporte aujourd'hui le résultat de ces essais et je me hâte de dire, pour rester dans l'objectivité des faits, que ce résultat, dans l'ensemble, m'a paru moins favorable que dans la paralysie générale. Il me paraît néanmoins intéressant de soumettre ces cas à votre critique.

Il s'est agi chez 4 malades, de syndromes confusionnels de type mélancolique, dont il serait trop long de vous exposer l'histoire clinique et chez lesquels la malariathérapie n'a amené aucun résultat sensible. Je n'ai pu noter chez ces 4 malades, qu'une stimulation passagère des fonctions organiques et une légère amélioration de l'état général à la suite de la période des accès fébriles. Mais l'état du psychisme est resté inchangé et l'internement de ces 4 sujets a été nécessaire.

Pour les 3 autres malades, l'impaludation a donné des résultats appréciables, mais à des degrés divers. Voici d'ailleurs, brièvement résumée, l'histoire de ces 3 malades :

Obs. I. — Au..., 30 ans, gendarme. Entre le 13 avril 1926 au Val-de-Grâce, dans un état d'excitation physique et psychique aigu avec idées de persécution mal systématisées, idées d'indignité, auto-accusation et vagues idées mystiques. Le lendemain matin le tableau de la veille s'est transformé en un état de type mélancolique anxieux ; les idées de persécution ont disparu, celles d'indignité dominent la scène, avec les idées mystiques : pleurs, gémissements, signes de croix. Le soir grande agitation, violences, bris d'objets, frappe et mord un infirmier, urine dans sa chambre, mange du savon. Nous apprenons qu'il a été antérieurement interné de février 1918 à juin 1919 à l'asile de St-Maurice. Le certificat de cet asile porte : « Délire mélancolique avec hallucinations probables. Etat voisin de la stupeur ». Sorti guéri il avait repris son métier de peintre en bâtiment, s'était marié en 1920 — femme bien portante, 2 enfants. Entré dans la gendarmerie en février 1921, faisait bien son service, mais était souvent irritable.

Aucun signe de lésion organique. Wassermann sanguin négatif. Liquide céphalo-rachidien en tous points normal. Urée sanguine = 0,48. Urines normales.

Le 15 avril, l'agitation continue et s'exagère. Nous injectons 5 cc. de sang paludéen d'un malade non-syphilitique. Souche de plasmodium vivax vérifiée. Incubation courte de 5 jours. Début de la fièvre d'invasion le 20 avril, suivie d'une hyperthermie en plateau, d'allure atypique à 40°,6 qui se maintient les jours suivants. Le malade reste agité et agressif jusqu'au 26 avril. Le 27, l'état d'excitation s'atténue et nous administrons de la quinine en injections intramusculaires pendant 3 jours en raison de la haute hyperthermie en plateau et de l'indocilité du sujet. Très rapidement, l'agitation et les idées délirantes se calment ; les actes démentiels ont complètement disparu et dès le 10 mai le malade reste très tranquille, s'alimente sans difficultés. L'état organique, affaibli par la pyrexie élevée, se rétablit très vite et l'on pouvait espérer une rémission complète. Au... descendait au jardin de l'hôpital où il s'amusait chaque jour avec ses enfants. Il manifestait le désir de rentrer chez lui et paraissait redevenu normal. Néanmoins, quand on le laissait seul dans sa chambre, il demeurait inactif et taciturne.

Le 10 juin, après 5 semaines de rémission apparente, nous laissions sortir le malade en congé de convalescence. Mais, au contact de la vie extérieure, l'agitation et les idées délirantes ne

tardent pas à reprendre. Au... doit être réhospitalisé le 13 juin. Il présente alors une inactivité physique et psychique totales avec mimique inexpressive, regard fuyant, opposition, tendance aux violences et nous sommes contraints de l'interner le 16 juin à l'asile de St-Maurice.

Dans ce cas, où le diagnostic est resté pour nous hésitant entre une psychose maniaque dépressive et une schizophrénie, nous n'avons donc obtenu qu'une rémission passagère d'un mois et demi avec rechute au bout de ce laps de temps.

Obs. II. — D..., 22 ans, sujet très intelligent, très exubérant dans son enfance, avait déjà présenté un court accès d'excitation en 1924. Son père jaloux interprétateur de constitution paranoïaque, a été soigné dans une maison de santé.

En mars dernier, au cours de la convalescence d'une scarlatine, étant à l'hôpital de M..., le sujet présente un grand accès de type maniaque avec logorrhée, graphorrée, revendications diverses, idées de persécution. Dans le courant d'avril, son état s'aggrave, le langage devient incohérent avec désorientation, perte des matières et des urines. Cette bouffée confusionnelle s'apaise et quand le malade est évacué sur le Val-de-Grâce, le 27 mai, il présente un état maniaque aigu très caractérisé, analogue à celui du début de son affection : verbosité, fuite des idées, maniérisme; rires sarcastiques, chants, cris, injures, incohérence du discours. Cet état n'ayant aucune tendance à s'améliorer et durant depuis 3 mois, le malade devenant de plus en plus agité avec agressivité croissante à base d'idées de persécution, nous sommes conduits à tenter le traitement malarique. Injection le 5 juin de 6 cc. de sang paludéen sous la peau de la région scapulaire. Pendant l'incubation, l'agitation et l'agressivité ne cessent pas ; le malade chante l'*Internationale* à tue-tête ; hostilité et mutisme transitoires ; cris « à l'assassin ». L'incubation dure 15 jours. Fièvre d'invasion habituelle, le 20 juin, durant 48 heures, suivie très régulièrement de grands accès fébriles de type tierce typiques à grands clochers atteignant au minimum 40° et s'élevant les 29 juin, 11 et 13 juillet jusqu'à 41°6. Au cours de cette évolution fébrile on est frappé par l'apaisement manifeste qui se produit dans l'état d'agitation habituelle du malade. Cet apaisement suit régulièrement chaque accès. Il est de plus en plus marqué avec les accès successifs et sa durée, courte au début, devient de plus en plus longue. Le malade lui-même déclare qu'il va bien mieux, reconnaît qu'il a été très excité et « déraisonnable », demande à voir sa famille. Il a supporté sans le moindre incident 10 grands accès et le 13 juillet nous le soumettons à la quinisation. 1 g. 50 de quinine par la bouche pendant 3 jours suffisent à juguler défi-

nitivement les accès. Du... est devenu très calme, docile, il joue aux cartes avec ceux qu'il invectivait et frappait auparavant, se promène au jardin et fait des parties de tennis. Le personnel du service et la famille du malade sont vivement impressionnés par cette métamorphose. Cependant, le 20 juillet, à la suite d'une visite de son frère qui évoque à son esprit des souvenirs pénibles, le malade est repris d'une bouffée d'excitation avec idées de persécution et, l'organisation matérielle du service ne nous permettant pas de le conserver plus longtemps au Val-de-Grâce, nous sommes obligés de l'interner.

Dans ce cas de manie aiguë, la rémission n'a malheureusement duré que 3 semaines, mais on ne peut manquer d'être frappé par l'influence manifeste des accès fébriles atténuant progressivement l'excitation du malade jusqu'à la sédation complète.

Obs. III. — Ig..., 29 ans. Capricieux depuis l'enfance, cultivant le paradoxe, est pris en janvier 1926, à la suite de gros chocs affectifs (2 mariages manqués), d'idées de doute, de méfiance à l'égard de tout, de tous et de lui-même, avec idées d'indignité, tendances à se croire persécuté, désir de mourir. Rapatrié du Maroc, il est hospitalisé au Val-de-Grâce le 20 mars 1926. A son arrivée : attitude inquiète, sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation ; doutes sur son identité, tentatives de fugues, on cherche à l'envoûter, on lui dérobe sa pensée et on veut l'influencer, vagues sourires, réticences, quelques stéréotypies, dessins symboliques, associations de mots par assonnances.

Le 12 avril nous injectons 6 cc. de sang paludéen non syphilitique (le malade Ig... ne présentant aucun signe de lésion organique et aucun symptôme clinique ni humoral de spécificité). Pendant l'incubation qui dure 8 jours, pas d'amélioration, agitation, nouvelle tentative de fugue. Mais, avec le début de la fièvre, qui se maintient en plateau au voisinage de 40°5 comme chez le malade de l'observation I, l'état psychique s'améliore d'une façon rapidement progressive. C'est d'abord l'excitation qui disparaît, puis les idées de doute qui une à une s'effacent, enfin le calme et la confiance absolue qui s'établissent. Au point de vue organique, le malade avait présenté le tableau courant de l'insuffisance hépato-rénale que l'on est habitué à rencontrer dans l'impaludation provoquée. Je ne puis entrer ici dans le détail de ces faits bien connus. Notre sujet s'est d'ailleurs très vite et complètement rétabli à cet égard, sous l'influence de la quinisation instituée dès le 27 avril. Depuis lors les troubles mentaux ont totalement disparu au point que le 16 mai nous pouvions sans inquiétude rendre le malade à sa famille. Nous l'avons revu depuis à plusieurs reprises et avons pu constater la stabilisation de son état psychique redevenu nor-

mal. Officier, il prépare actuellement le concours de l'Ecole de guerre. A notre dernière entrevue, la rémission observée durait depuis près de 3 mois.

Le diagnostic qui nous a paru le plus probable dans ce cas est celui d'un état du type schizophrénique. Il m'a paru intéressant de rapporter aujourd'hui ce cas heureux traité par la malariathérapie.

Conclusion. — J'ai voulu seulement aporter ici quelques faits cliniques et je me garderai d'en tirer des conclusions trop hâtives.

Il m'a semblé que la pratique de la malariathérapie ne donnait pas, dans les psychoses, autres que la P. G., des résultats aussi heureux, dans l'ensemble, que ceux que nous sommes habitués aujourd'hui à voir, chez les paralytiques généraux soumis à cette thérapeutique.

Les échecs m'ont paru surtout fréquents dans les états dépressifs de type mélancolique. Par contre des résultats temporaires, mais qui sont à mon sens évidents, ont été obtenus dans mes essais chez deux malades présentant des syndromes d'excitation de type maniaque ou d'allure schizophrénique, et une rémission complète qui dure depuis 3 mois, s'est manifestée chez un sujet atteint de schizophrénie bien caractérisée.

Etant donné l'inocuité de la malariathérapie, sagement conduite et pratiquée à l'aide de souches bien étudiées de plasmodium vivax (point sur lequel je me permets d'insister), il semble que cette thérapeutique puisse être prudemment poursuivie dans l'intérêt du malade.

Discussion

M. Auguste Marie. — Les applications leucopyréthiques en dehors des applications cérébrales sont intéressantes et la D. P a été déjà traitée ainsi en Allemagne et Italie avec quelques résultats encourageants parfois, ainsi que l'épilepsie : mais on sait combien souvent D. P. et mal comitial relèvent plus ou moins directement de la spécificité latente (héréditaire ou acquise et souvent ignorée).

J'ai fait en prenant le service de Ste-Anne à Paris, le

contrôle général du taux de tous les aliénés présents, ayant trouvé 30 0/0 de réactions positives de B.-Wassermann.

Noguschi à New-York, Mott à Londres et d'autres en Belgique et Hollande ont trouvé des chiffres analogues. Il faut donc se garder de croire que la malariathérapie en ces cas soit toujours un choc curatif, indépendant de la spécificité et suffisant sans traitement spécifique complémentaire. J'estime même que les meilleurs succès de la malariathérapie en dehors de la P. G. correspondent à des psychoses ayant éclos sur un terrain syphilisé et à ce propos je dépose une note complémentaire en ce sens sur la *Prophylaxie de la P. G. par la leucopyrétothérapie.*

II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

A. COMMUNICATIONS CONCERNANT LE SIGNE DE BABINSKI

Le dualisme du signe de Babinski

Par MM. Y. Sebek et Y. Wiener

Communication de la Clinique neurologique du Prof. Haskovec à Prague

Dans les dernières années, on rencontre souvent dans la littérature la remarque que le réflexe de Babinski a été observé dans des cas dans lesquels la voie pyramidale était généralement intacte. Ces cas nous fourniront l'occasion de soumettre à une revision ce symptôme souverain de la neurologie organique du système central, ce qui est devenu le réflexe de Babinski et sa pathogénie.

Dans la clinique du professeur Haskovec, à Prague, nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de réflexe de Babinski après polyomyélite, dont voici le résumé :

Notre première malade était atteinte, il y a 24 ans, d'une poliomyélite aiguë des adultes de forme quadruplégique. Le membre supérieur droit s'est rétabli une fois la phase aiguë passée ; des lésions permanentes sont restées au membre supérieur gauche et aux membres inférieurs. Le membre supérieur droit présente de l'atrophie ; l'atrophie des membres inférieurs est masquée par la pseudo-hypertrophie accompagnée d'œdème trophique, plus marquée à gauche.

L'état de l'excitabilité électrique de ces derniers membres témoigne une atteinte considérable des fléchisseurs, tandis que les extenseurs, notamment ceux de l'orteil, sont relativement intacts. Excepté le « signe de Babinski », on ne trouve pas d'autres symtômes pyramidaux aux membres inférieurs. Le pied ne présente pas de déformation, il n'y a pas de griffe pied creux.

Vers quelle explication pathogénétique devons-nous nous pencher dans le cas présent ? En s'appuyant sur l'atteinte primaire de quatre membres et la paraplégie flasque avec troubles trophiques on pourrait penser à des lésions poliomyélitiques étendues qui n'auraient pas été limitées à la substance grise de la moelle et auraient donné un vrai Babinski. Mais l'examen électrique indique plutôt une origine périphérique, amyotrophique du symptôme de Babinski, se manifestant grâce aux lésions prédominantes des raccourcisseurs, ce qui est corroboré par l'attitude du pied au cours de la marche (démarche sur les talons).

Chez la deuxième malade, nous rencontrons une paralysie flasque atrophique du membre supérieur droit, une atrophie partielle de la musculature de l'omoplate gauche, une atrophie partielle de la musculature du membre inférieur droit avec pied de Friedreich marqué, et atrophie des muscles de la cuisse droite. L'examen électrique n'indique aucune différence entre les fléchisseurs et les extenseurs. Nous posons le diagnostic d'un état consécutif à une poliomyélite quadruplégique aiguë qui a frappé le plus gravement le membre supérieur droit, tandis que l'état des trois autres membres s'est amélioré. Dans ce cas nous considérons le Babinski que nous trouvons à droite comme un véritable réflexe de Babinski d'origine pyramidale, provenant d'une lésion étendue de la moelle cervicale droite qui a atteint aussi le faisceau pyramidal dans la substance blanche. Ce cas doit être rangé parmi ceux qu'ont cité Roger, Antoine et Crémieux, respectivement Thiers, Achard et Bloch. En dépit du pied creux existant (dans notre cas, pied de Friedreich), il s'agit d'un réflexe de Babinski central.

Jusqu'à présent le signe de Babinski a été considéré comme un symptôme de provenance unique. Son existence indiquait exclusivement une lésion de la voie pyramidale dans son trajet depuis les cellules motrices de l'écorce jusqu'aux cellules

de la corne antérieure de la moelle. Expliquer le réflexe de Babinski dans la poliomyélite (resp. la polynévrite et la myopathie) par une atrophie dissociatrice des fléchisseurs et des extenseurs, c'est établir une dualisation du symptôme en réflexe de Babinski central ou véritable et en réflexe périphérique ou pseudo-Babinski.

Qu'il soit difficile de juger de la genèse du signe de Babinski dans les différents cas, c'est ce que montrent nos deux observations. Les faits qui plaident en faveur d'une lésion pyramidale peuvent être associés avec des symptômes de dissociation paralytique, et l'étude de l'excitabilité électrique se heurte souvent à des difficultés (pseudohyperthrophie et œdème trophique chez notre première malade). Une preuve objective de l'origine centrale de réflexe de Babinski, telle que peut la donner pour les réflexes périphériques l'examen électrique, fournirait un critérium sûr pour juger du mécanisme et de l'origine du symptôme dans les cas controversés. Un pas dans cette voie a été accompli par l'application des travaux expérimentaux sur l'effet de la scopolamine et de la physostigmine sur la fonction motrice du système nerveux central, publiés récemment par Rosenfeld (1) et Zucker (2). D'après quelques opinions nouvelles, le réflexe de Babinski ne dépend pas d'une simple lésion de la voie pyramidale. C'est la voie exra-pyramidale qui joue aussi un rôle dans son mécanisme. Tournay (3) arrive à cette hypothèse par l'étude anatomique, Rosenfeld par la voie expérimentale. Le premier suppose que le réflexe de Babinski est une réaction qui a lieu par les voies du système non pyramidal libéré par une lésion du système pyramidal (libération des centres directeurs d'extension extrapyramidaux). Au contraire, par suite d'une lésion de ce système non-pyramidal libéré, le réflexe d'extension de l'orteil en train de se produire peut disparaître ; de même le réflexe de Babinski peut être inhibé par un renouvellement passager de la fonction de la voie corticospinale, tel qu'il peut se produire au cours d'un accès épileptique. Rosenfeld a réussi avec la scopolamine à déclancher le symptôme de Babinski tant chez des sujets possédant une voie pyramidale non lésée que chez

(1) Rosenfeld. — U. d. Wirkung des Scopolamins auf d. motor. Systeme. *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.*, 1925.
(2) Zucker. — *Monatsschrift f. Psych. u. Neurol.*, 1925.
(3) Tournay. — *Revue neurol.*, 1924 et 1925.

ceux atteints d'une lésion organique des pyramides sans flexion dorsale de l'orteil. Dans les affections purement extra-pyramidales (parkinsonisme), le réflexe n'apparaît pas dans la majorité des cas même après une haute dose de scopolamine. Il en tire des déductions suivantes : 1° La scopolamine n'a pas d'effet direct sur la voie pyramidale, mais d'abord sur la voie extra-pyramidale, où elle dérange la coopération des deux systèmes et produit ainsi indirectement la flexion dorsale de l'orteil ; 2° Une atteinte du système striaire empêche l'apparition du réflexe de Babinski par la scopolamine. En expérimentant avec la physostigmine, l'auteur a trouvé qu'il y avait disparition tant de la flexion dorsale spontanée accompagnant la lésion pyramidale, que de celle occasionnée par la scopolamine. D'après Zucker, la physostigmine aurait, outre ses effets périphériques, aussi une action centrale. Elle détermine une augmentation de l'irritabilité qui abaisse les seuils d'excitation et détermine l'accroissement de la rigidité musculaire et une augmentation du tonus. Le fait qu'en dépit de ces effets qui augmentent le tonus, la physostigmine cause la disparition du réflexe de Babinski qui peut être provoqué par la scopolamine dont l'action diminue le tonus, est considéré par Rosenfeld comme une nouvelle preuve que la scopolamine n'agit pas directement sur les pyramides, mais que, par des modifications du tonus dans les centres extra-pyramidaux ou parasympathiques, elle exerce une action indirecte sur le système pyramidal, ainsi qu'en fin de compte le réflexe de Babinski apparaît après une certaine dose de cette substance.

Tournay et Rosenfeld en arrivent par des voies différentes à la conclusion que le symptôme de Babinski dépend de l'état des centres extra-pyramidaux, respectivement parasympathiques.

Si l'exactitude des expériences de Rosenfeld et des conséquences qui en découlent se confirme, nous posséderions dans l'épreuve positive, avec la physostigmine, une preuve objective de l'origine centrale du réflexe de Babinski dans les cas où il est nécessaire de différencier le signe de Babinski et le pseudo-Babinski. Les résultats de nos essais dans les deux cas observés confirmeraient l'exactitude de la méthode et par conséquent des conclusions de Rosenfeld. Chez notre première malade, après une injection de 0,00075 cc. de physostigmine, le signe de Babinski est resté de deux côtés sans modifica-

tion ; de même après une injection de 0,0004 cc. de scopolamine, il ne s'est pas produit de modification ; on peut donc conclure qu'il s'agit d'un réflexe de Babinski périphérique. Dans le second cas, après 0,00075 cc. de physostigmine, le réflexe a disparu et il a réapparu encore plus clairement après la scopolamine (1) : c'était donc là un réflexe de Babinski central ou véritable. Nous ne voulons porter un jugement définitif sur la valeur pratique de ces expérimentations avec la physostigmine-scopolamine, qu'après avoir étudié un plus grand nombre de cas, ce qui sera l'objet d'observation et de travaux prochains de notre clinique.

(1) D'après notre expérience, l'intensité et l'amplitude de la flexion dorsale pathognomonique de l'orteil varient suivant les diverses périodes et même au cours de la journée. De plus le réflexe déclanché plusieurs fois « se fatigue » souvent, notamment dans les lésions cérébrales. La fatigue des centres moteurs joue probablement ici un rôle.

Sur les modalités et la localisation du réflexe plantaire au cours de son évolution du fœtus à l'adulte

Par M. Minkowski (de Zurich)

Comme le réflexe plantaire joue, depuis la découverte du signe de *Babinski,* un rôle de première importance dans la sémiologie des affections du système nerveux, j'ai cru utile pendant mes recherches sur les mouvements, les réflexes et les réactions musculaires du fœtus humain, de vouer une étude systématique et spéciale aux modalités et à la localisation de ce réflexe au cours de son évolution fœtale et infantile. Les résultats de ces recherches ont été publiés *in extenso* il y a trois ans. (« Zur Entwicklungsgeschichte Lokalisation und Klinik der Fussohlenreflexes », *Schweizer Archiv für Neurol. und Psych., 13,* 1923) ; si je me permets de reprendre ici la parole sur ce sujet, c'est que depuis j'ai pu y apporter quelques modifications et quelques précisions, qui ne changent d'ailleurs pas essentiellement les conclusions principales de mon travail précédent, analysées si nettement par M. *Tournay* dans son éminent rapport sur le signe de Babinski.

Voici comme j'entrevois actuellement les phases principales de *l'évolution ontogénétique du réflexe plantaire,* qui se distinguent par les modalités et la localisation de ce réflexe dans le système nerveux central.

1) *Phase embryonnaire ou phase de transition neuro-musculaire.* — C'est la phase la plus précoce de réactivité plantaire fœtale ; elle débute *à l'âge de deux mois* environ, l'excitation de la plante du pied ayant été inefficace auparavant ; elle est caractérisée par une *forme inconstante et variable de la réaction plantaire,* qui se produit tantôt en flexion, tantôt en extension, et tantôt même sous une forme mixte (1), l'exci-

---

(1) Je ne peux pas maintenir mon affirmation d'autrefois d'après laquelle la flexion plantaire des orteils représente la forme la plus précoce du réflexe plantaire.

tation de la plante du pied pouvant déterminer une légère flexion dorsale des orteils, suivie immédiatement d'une flexion plantaire; elle peut aussi s'invertir au cours de l'observation. Si, en me servant d'un terme de *Wintrebert,* j'appelle cette période phase de transition neuro-musculaire, c'est-à-dire de *transition de l'excitabilite idio-musculaire* aneurale à l'excitabilité nerveuse, c'est que le système nerveux, à savoir *la moelle, bien que ses fibres soient encore dépourvues complètement de gaines de myéline, intervient déjà à cette période dans la production du réflexe plantaire (comme d'autres réflexes fœtaux), mais cette intervention est encore inconstante, relative et labile,* elle ne se manifeste que dans des conditions particulièrement favorables et même alors dans une partie seulement des réactions observées. La forme particulière du réflexe est déterminée chaque fois par l'état d'excitabilité des muscles fléchisseurs et extenseurs des orteils, aussi bien que par les conditions d'excitabilité et de conductibilité dans les segments correspondants de la moelle au moment de l'excitation; de là sa grande variabilité. Que la moelle s'épuise, l'excitabilité idio-musculaire de ces muscles peut persister (sans que celle des fléchisseurs prédomine nécessairement sur l'excitabilité des extenseurs, de sorte que nous pouvons, surtout en nous servant d'excitations plus intenses, obtenir encore les deux formes du mouvement des orteils ; mais alors il ne s'agit plus que de *phénomènes idio-musculaires.*

2) *Phase fœtale précoce ou spinale.* — Cette phase se rapporte à des fœtus de 5 à 15 cm. de longueur totale, elle correspond donc au *3e et 4e mois de la vie fœtale.* C'est à cette période *que le réflexe plantaire en extension, y compris celle du gros orteil (accompagnée souvent du signe de l'éventail), commence à prédominer par rapport au réflexe en flexion.* Il semble cependant que cette prédominance *ne soit* que *relative* et ne se manifeste que dans des *conditions favorables* du fœtus, rapprochées autant que possible des conditions physiologiques. En effet, un réflexe plantaire initial en extension peut se modifier au cours de l'observation en *s'invertissant* en réflexe en flexion, quand les conditions empirent (par suite d'asphyxie progressive, de refroidissement ou, pour d'autres raisons) ; et une forme plantaire peut également exister dès le début de l'obser-

vation, ce qui semble se produire surtout lorsque le fœtus est épuisé dès le moment même de son extraction (par suite d'asphyxie au cours de la section césarienne, d'hémorragies, d'anesthésie générale, etc.). Au point de vue de la localisation, cette phase peut être considérée comme une *phase spinale, sans participation de facteurs supra-spinaux,* puisque d'un côté le réflexe plantaire, qu'il s'agisse d'une flexion ou d'une extension des orteils, disparaît après l'amputation du membre ou la destruction de la moelle lombo-sacrée (abstraction faite de phénomènes d'excitabilité musculaire, qui peuvent encore persister, mais qui alors sont plus difficiles à provoquer), et que d'autre part il subsiste sans changement après la section de la moelle cervicale.

3) *Phase fœtale moyenne ou tegmento-spinale* chez des fœtus d'environ 16 à 30 cm. de longueur totale, soit à l'âge de *4 à 6 mois.* A cette période encore c'est la *forme dorsale du réflexe plantaire qui prédomine,* du moins dans des conditions favorables pour le fœtus, en présentant toutes les variations connues en clinique, comme l'extension dorsale de tous les orteils, l'extension dorsale du gros orteil tout seul, le phénomène de l'éventail, l'extension des orteils du côté opposé, etc. Le réflexe plantaire en extension peut aller de pair avec une flexion de la jambe toute entière, mais cette connexion n'est guère nécessaire ; elle devient rare, surtout, lorsque l'excitabilité réflexe de la moelle diminue. A côté d'un réflexe en extension, on rencontre, à cette période également, le *réflexe plantaire en flexion,* avec ou sans participation du gros orteil, soit dès le début de l'observation, soit, — et c'est ce qu'on voit le plus souvent —, *comme phénomène d'inversion,* au cours de l'observation, d'une phase initiale dorsale, parfois après des phénomènes intermédiaires correspondant aux formes frustes du signe de Babinski. Un phénomène intéressant qu'on peut observer à cette période consiste en ce que le gros orteil peut non seulement se fléchir, mais aussi s'opposer aux autres, de sorte qu'il en résulte un *réflexe de préhension,* qu'on trouve régulièrement chez le singe. Comme l'extension des orteils, la flexion peut également s'accompagner d'un réflexe de flexion de toute la jambe, mais elle peut aussi se produire isolément.

Quant à la localisation, cette phase du réflexe plantaire ne peut plus être considérée comme purement spinale, mais

comme relevant également de *facteurs supra-spinaux.* Comment expliquer autrement que la *section de la moelle cervicale* détermine parfois une *période transitoire de choc et d'aréflexie ?* Et ce qui est plus impressionnant encore c'est que, le plus souvent, elle détermine une *inversion du type dorsal du réflexe* (si telle était la forme du réflexe avant la section) *en type plantaire.* Une inversion de ce genre se produit non seulement après la section transversale de la moelle, mais *aussi après une section du tronc de l'encéphale,* entre le mésocéphale et le bulbe; par contre, l'ablation du *cerveau* (y *compris les ganglions de la base*) *et de la couche optique n'a point d'influence sur la forme du réflexe plantaire ;* l'ablation du *cervelet* n'en a guère non plus. C'est ce qui porte à croire que le réflexe plantaire (comme d'autres réflexes sans doute), se trouve sous l'influence d'un facteur supra-spinal, qui favorise sa forme en extension dorsale et qui dépossède la moelle d'une partie de son influence en faveur de celle-ci, de sorte que c'est la forme spinale en flexion qui prévaut après l'élimination du facteur en question. Quant à sa localisation, nous pouvons dire dès maintenant qu'il siège dans le *tronc du cerveau.* Pour préciser, rapportons-nous au développement du tronc de l'encéphale à cette période, et, particulièrement, à la *myélinisation* de ses fibres nerveuses. Or ce que nous pouvons constater chez un fœtus de 4 mois environ, c'est que, à part les nerfs craniens moteurs et leurs noyaux et le nerf vestibulaire, nous y trouvons un début de myélinisation dans la *formation réticulée ou tegmentale du bulbe et du pont ainsi que dans le faisceau longitudinal postérieur ;* dans celui-ci, le nombre des fibres myélinisées augmente successivement à partir des plans des noyaux des nerfs oculaires, où il est insignifiant, jusqu'à ceux du noyau de l'hypoglosse, où le nombre des fibres myélinisées est relativement considérable et où elles empiètent également sur le territoire du faisceau prédorsal. Cette augmentaion est due à des fibres ayant leur origine dans la formation réticulée, où l'on trouve également des éléments cellulaires, surtout des grandes cellules isolées ou solitaires, particulièrement bien différenciées. D'autre part, on peut voir que les fibres myélinisées des faisceaux longitudinal postérieur et prédorsal se continuent dans une direction caudale dans le faisceau fondamental antérieur du bulbe d'abord, de la moelle ensuite (« Vorderstranggrundbündel » ou « Vorder-

strangrest »). Evidemment il existe donc des *fibres réticulo- ou tegmento-spinales* (sans doute aussi deitéro-spinales), à développement très précoce, et c'est à celles-ci que nous voudrions attribuer l'influence sus-dite sur les réflexes en général, et le réflexe plantaire en particulier. C'est pourquoi nous appelons cette phase *tegmento-spinale.*

4) *Phase fœtale tardive,* probablement *pallido-rubro-cérébello-tegmento-spinale, pendant les derniers mois de la vie fœtale.* Le fœtus humain devenant capable de vivre à partir de 7 mois, des indications, du moins indirectes, sur la physiologie nerveuse de cette période, pourraient évidemment nous être fournies par des *enfants nés avant terme,* à condition qu'ils soient examinés tout de suite après la naissance ou l'extraction. (Autrement on ne saurait exclure la possibilité de modifications importantes déterminées dans le système nerveux et dans ses fonctions par les conditions de la vie extra-utérine). Ne disposant pas d'un nombre suffisant d'observations de ce genre, nous pouvons cependant chercher à nous orienter d'après les modifications anatomiques qui caractérisent le développement à cette période. En effet, nous y trouvons, en dehors des voies dont la myélinisation a commencé plus tôt et continue à progresser, une *myélinisation plus ou moins avancée du cerveau moyen, y compris le noyau rouge, du cervelet* ou plus particulièrement du système paléo-cérébelleux (le vermis et les pédoncules cérébelleux postérieur et antérieur, c'est-à-dire les connexions du cervelet avec la moelle et le bulbe d'un côté, et le noyau rouge et la couche optique de l'autre), ainsi que de la partie ancienne *des ganglions de la base,* c'est-à-dire du *pallidum.* Sans entrer ici dans une analyse détaillée, nous croyons toutefois pouvoir caractériser cette phase comme une *phase pallido-rubro-cérébello-tegmento-spinale* (en tant qu'il s'agit des voies motrices et de leur influence sur les réflexes). Quant à la forme du réflexe plantaire à cette période, il faut croire que, du moins jusqu'à la phase précédant de peu la naissance, sa forme en extension dorsale, caractéristique de la période précédente, prédomine encore, puisque, d'après nos connaissances cliniques, nous ne pouvons attribuer à aucune des voies énumérées une influence modificatrice en faveur de la flexion plantaire. Nous rappelons à ce

sujet les données cliniques d'après lesquelles le signe de Babinski manque en cas de lésion de la calotte pédonculaire y compris le noyau rouge (*Halban et Infeld*), de la couche optique (*Déjerine et Roussy*), ou des ganglions de la base et même peut disparaître si à une lésion de la voie pyramidale, qui l'avait déterminé, vient s'ajouter une lésion concomitante de ces ganglions (*Homburger, Cl. Vincent*).

5) *Phase néonatale, durant quelques semaines après la naissance, ou phase cortico-souscortico-spinale initiale.* Contrairement à une opinion généralement admise, d'après laquelle un réflexe plantaire en extension ou le signe de Babinski serait la forme physiologique et générale du réflexe plantaire chez le nouveau-né et pendant les premiers mois de la vie (*Babinski, Passini, Cestan et Le Sourd, Kalischer, Gallewski, Eugster, Léri, Laurent,* etc.), je trouve, en accord avec quelques auteurs, surtout plus récents (*Schüler, Cattaneo, Bersot, de Rudolf*), que chez des enfants nés à terme (comme avant terme), *le réflexe plantaire en flexion existe aussi souvent que le réflexe en extension,* et souvent on peut observer alternativement les deux formes sur le même individu. Nous avons donc, si nous comparons cette modalité du réflexe plantaire à sa forme précédente, *un certain changement en faveur de la flexion.* A quoi faut-il l'attribuer ? Nous croyons qu'il s'agit là d'une *influence initiale, bien que faible encore, de l'hémisphère cérébral, c'est-à-dire du cortex et de la voie pyramidale, sur les fonctions nerveuses ;* en effet, la myélinisation de la région motrice et de cette voie, ébauchée faiblement avant la naissance, progresse assez rapidement après celle-ci, et tout nous porte à croire que (du moins dans les voies motrices) *la myélinisation, dès son début, est plutôt l'indice d'une fonction déjà commencée et activée, que le messager d'une fonction future.* En réunissant sous le terme de sous-corticaux l'ensemble des facteurs pallido-rubro-cérébello-tegmentaux, nous pouvons donc caractériser la période des premières semaines après la naissance (et peut-être aussi des dernières avant celle-ci) comme une phase *cortico-souscortico-spinale initiale.*

6) *Phase infantile précoce ou du nourrisson à partir de quelques semaines jusqu'à l'âge d'un à deux ans (cortico-*

souscortico-spinale à prédominance souscorticale). C'est à cette période que, d'un accord commun de tous les auteurs, il y a une prépondérance prononcée du réflexe plantaire en extension, *le signe de Babinski constituant alors un phénomène physiologique plus ou moins constant*. On constate donc à cette période *un nouveau renforcement des facteurs d'extension* des orteils, vis-à-vis de la phase du nouveau-né, et c'est *sans doute à un développement et une action renforcée des facteurs centraux non pyramidaux* que cette nouvelle modification évolutive est due. En effet, plusieurs auteurs ont signalé que les mouvements du nourrisson avec leur caractère choréiforme ou athétoïde, leur hypertonie, leur tendance à des spasmes, etc., relèvent de facteurs extra-pyramidaux, notamment du mésocéphale, mais sans doute aussi des ganglions de la base beaucoup plus que du cortex. Au point de vue anatomique, cette période est caractérisée par des progrès considérables dans la myélinisation des formations tegmentales du bulbe, du pont et du cerveau moyen (y compris le noyau rouge), du cervelet et de ses connexions et des ganglions de la base, tandis que la voie pyramidale, après avoir acquis une certaine teneur en fibres pyramidales myélinisées après la naissance (voir plus haut), ne fait plus de progrès appréciables pendant un certain temps, — à peu près du 3ᵉ jusqu'au 8ᵉ mois de la vie infantile (*Gallewski, propres* recherches). Au point de vue de la localisation, on pourrait donc concevoir cette phase comme une phase *cortico-souscortico-spinale à prédominance souscorticale*.

7) *Phase infantile de transition*, durant quelques semaines à quelques mois, entre la phase précédente et la suivante. A cette période, le *réflexe plantaire en flexion apparaît à côté du réflexe en extension et devient successivement de plus en plus fréquent*, avant de devenir la forme constante du réflexe plantaire chez l'enfant et l'adulte. Le moment où cette transition se produit est évalué différemment par divers auteurs (*Passini, Eugster, Noïca et Marbé, Monrad Krohn, Mlle Zaïmowsky, Mlle Rosenblum*, etc.), mais tous s'accordent à le placer entre la deuxième moitié de la première année et l'âge de 2 à 3 ans.

Que cette nouvelle transformation du réflexe plantaire se rattache au *développement progressif du cortex*, agissant sur

la moelle surtout par la *voie pyramidale*, est une chose généralement admise (bien que d'autres facteurs puissent également y jouer un certain rôle). En effet, à partir de la deuxième moitié de la première année de la vie, il y a, sans doute en connexion avec le début de la marche chez l'enfant, un nouvel essor dans le développement de la *voie pyramidale,* qui influence désormais d'une manière progressive le réflexe plantaire, en favorisant sa flexion.

8) *Phase infantile et adulte,* à partir de l'âge de 1-2 ans jusqu'à la vieillesse. L'influence décisive du cortex sur la moelle par l'intermédiaire de la voie pyramidale s'étant définitivement établie, la *flexion des orteils devient la forme régulière et constante du réflexe plantaire.* C'est la *phase corticosouscortico-spinale à prédominance corticale.*

Nous croyons que le développement successif et l'organisation du réflexe plantaire, au point de vue de ses modalités et de sa localisation successive et chronogène dans le névraxe, comme nous l'avons esquissée plus haut, peut servir de base à l'analyse de ses formes de dissolution et de désorganisation dans des conditions pathologiques, comme je l'avais esquissée moi-même il y a 3 ans, et comme M. *Tournay* vient de le faire dans son rapport.

(Travail de l'Institut d'Anatomie Cérébrale de l'Université de Zurich).

Phénomène de Babinski spontané

(provoqué par frottement du pied contre le sol pendant la marche)

Par M. Frantz ADAM (de Rouffach)

Un malade de 61 ans a eu un ictus il y a deux ans ; il présente une hémiplégie droite banale ; il est paraphasique, turbulent et a dû être hospitalisé. Le bras droit est contracturé; quand il déambule, cet infirme frotte le pied par terre, le Babinski est positif à droite.

Le lendemain du jour où nous avions pris son observation, un infirmier nous fit remarquer que ce signe qu'il nous avait vu rechercher se produisait « tout seul » quand le malade déambulait dans la salle. Nous constations que l'infirmier avait raison et le phénomène était même si net que nous pûmes facilement le fixer sur une plaque photographique. Sur les épreuves que nous vous communiquons, le malade qui marche sur une table avance en reposant sur le pied gauche et en portant la jambe droite en avant, la plante du pied frotte par terre et le gros orteil se met très nettement en extension.

Il nous a paru intéressant de signaler ce fait à un Congrès qui avait à son ordre du jour l'étude du « Signe de Babinski ».

B. COMMUNICATIONS NEUROLOGIQUES DIVERSES

Sur un type spécial du syndrome d'Unverricht-Lundborg L'Epilepsie-myoclonie familiale avec choréo-athétose

(Note préliminaire)

Par M. Ludo Van Bogaert (d'Anvers)

L'épilepsie myoclonique progressive familiale de Lundborg et Unverricht est une affection suffisamment rare par elle-même pour que les cas nouveaux méritent d'être publiés. Le problème des myoclonies est d'ailleurs lui-même à l'ordre du jour et le syndrome myoclonique de cette forme morbide n'est peut-être pas encore entièrement individualisé.

Mais chez les malades qui sont l'objet de cette note, l'épilepsie-myoclonie se double d'un syndrome choréo-athétosique progressif, donnant à l'affection familiale un caractère suffisamment particulier pour qu'il nous ait paru logique de l'isoler comme type spécial.

Dans la même famille, deux cas ont été observés dont le syndrome clinique est rigoureusement semblable, sinon dans son évolution, du moins dans sa symptomatologie. Nous trouvons en outre dans l'ascendance une autre malade dont l'histoire est tout aussi suggestive.

Nous pouvons être très bref sur le tableau clinique.

1° *Il y a un syndrome épileptique*, caractérisé par la rareté des grands accès convulsifs généralisés, la prédominance des équivalents psychiques avec ou sans automatisme mental, — les vertiges, les chutes et les attaques de petit mal, demeurant à l'arrière-plan.

Les troubles psychiques font défaut dans l'un des cas.

Par l'ensemble de ces caractères, le syndrome épileptique rentre dans le cadre ordinaire de l'épilepsie infantile où les clonismes généralisés sont peu fréquents (Marchand), où les phénomènes excito-moteurs tendent à se localiser (Maison-Neuve) et à adopter un mode plutôt spasmodique (Marchand).

2° *Un syndrome myoclonique*, dont l'analyse graphique est intéressante à détailler, surtout par comparaison avec les myoclonies post-encéphalitiques à l'ordre du jour, au point de vue physiopathologique, depuis les travaux si intéressants de Mlle Lévy d'une part, et de Krebs d'autre part.

Ces myoclonies varient en fréquence et en diffusion, suivant des périodes s'étendant sur plusieurs heures ou sur plusieurs jours, mais elles existent constamment dans quelques muscles, elles sont augmentées par l'émotion et diminuées par le travail.

Elles ne sont pas synchrones dans les différents muscles, ainsi que le montre le tracé.

Elles existent de préférence dans certains groupes musculaires proximaux et symétriques.

Leur intensité est telle à certains jours qu'elles entraînent des déplacements segmentaires des membres et gênent la marche.

Elles sont arythmiques.

Elles ne sont pas synergiques.

Elles persistent parfois pendant le sommeil au rythme de la veille, mais le plus souvent elles se raréfient pendant le sommeil profond et aux bons jours elles peuvent même disparaître. L'entrée dans le sommeil est le plus souvent caractérisée par une exaltation des myoclonies et des autres phénomènes hypercinétiques. Par la majorité de ces caractères, ces myoclonies rentrent dans le premier groupe de Krebs, « Myoclonies à secousses musculaires irrégulières, sans synchronisme, ni synergie aucune des contractions, sans déplacement segmentaire (type Friedreich), avec déplacement segmentaire (type Unverricht) et qui s'arrêteraient pendant le sommeil ».

Un syndrome choréo-athétosique où l'on distingue :

1° De petits mouvements irréguliers, fugaces, désordonnés, analogues à ceux de la chorée de Sydenham.

2° Des secousses clonico-toniques avec ce caractère d'enroulement, de torsion, sur lesquels ont insisté MM. André Thomas, Henri Claude, etc...

3° Des spasmes segmentaires de grande brusquerie, à renforcement intentionnel, accompagné parfois de mouvements reptatoires des extrémités, comme on en voit dans l'athétose.

⁂

Restent des *grands mouvements globaux et brusques* difficilement classables, que nous avons notés dans nos observations.

Des mouvements du même ordre ont été décrits dans l'épilepsie partielle de Kojewnikoff par Souques, dans l'épilepsie myoclonique familiale par Crouzon, Bouttier et Basch, dans l'épilepsie-myoclonie sporadique par Mme Zylberblast-Zand. Ils semblent avoir été observés également dans la chorée de Hénoch-Bergeron, dans l'encéphalite épidémique par MM. Babinski et Krebs, mais ils se déroulent alors « suivant un certain rythme ».

Parmi les mouvements brady- et méga-syncinétique décrits par M. Pienkowski, de Cracovie, certains types sont évidemment voisins de ceux que nous venons d'observer. Une classification morphologique ou physiologique de ces mouvements nous paraît à présent impossible, si l'on ne veut pas s'embarrasser d'hypothèses pures, il faut, dans l'état actuel de nos connaissances, se restreindre à noter quelques-uns de leurs caractères extérieurs.

1° Ces mouvements sont produits par la mise en jeu de *plusieurs groupes,* suivant des *synergies normales ou anormales.*

2° Ils ne s'accompagnent pas d'hypertonies localisées, ni d'hypotonies antagonistes.

3° L'ampleur des mouvements n'est rien, le *schéma* suivant lequel ils se déroulent est tout, et *leur forme rappelle souvent les attitudes de décérébration partielle.*

4° Plusieurs d'entre eux paraissent stéréotypés et la forme doit alors correspondre à quelques prédilections cinétiques plus générales, car de pareils mouvements se retrouvent à peu près semblables dans l'hémichorée, l'hémiathétose et l'encé-

phalite. Ils se reproduisent sans rythme, mais non sans symétrie.

5° Le mouvement volontaire les inhibe, les automatismes de la marche, de l'écriture et de la lecture les diminuent, mais ne les suppriment pas, l'émotion les favorise, le sommeil les fait disparaître.

6° Leur brusquerie et leur violence sont remarquables. Certains d'entre eux sont de vraies décharges motrices, et leur brusquerie même les apparente à l'épilepsie. On trouve d'ailleurs dans la thèse de Grondone une série d'observations d'épilepsie présentant de pareils mouvements pendant l'aura et d'autre part nous étions frappés chez nos malades de l'alternance des périodes hypercynétiques et épileptiques.

On peut se demander si ces mouvements globaux, d'allure si extrapyramidale d'ailleurs, ne sont pas une forme intermédiaire entre les myoclonies arythmiques (premier groupe de Krebs) *et les clonismes épileptiques.*

⁂

Le tableau généalogique suivant est très expressif.

Chez la malade 1 : crises épileptiques, myoclonies généralisées tellement intenses que vers la fin de sa vie elles rendirent la marche impossible, mouvements particuliers qui ont fait poser, il y a 20 ans, le diagnostic de chorée hystérique. Morte à l'âge de 21 ans.

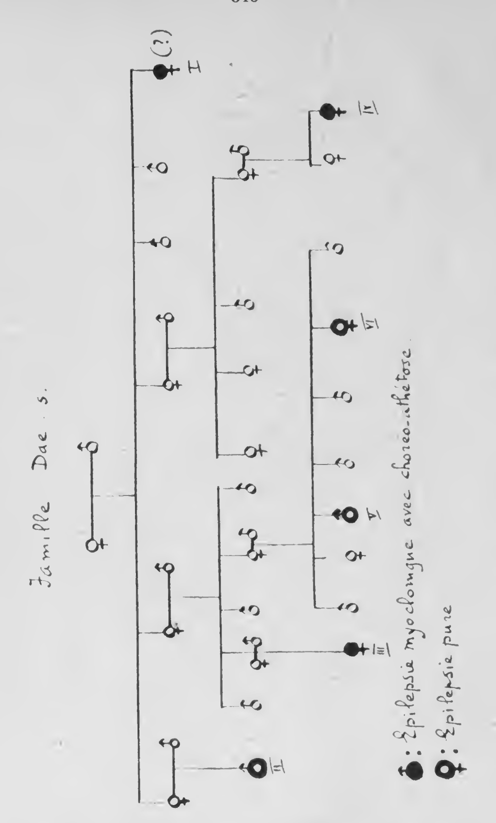
Chez la malade 2 : Début à l'âge de 7 ans par le syndrome épileptique, apparition progressive de la choréo-athétose et enfin du syndrome myoclonique. Morte à 10 ans.

Chez le malade 3 : Début à 7 ans, par un syndrome choréo-athétosique, puis apparaissent les myoclonies et le syndrome épileptique.

⁂

Ces observations peuvent être, à bon droit, pensons-nous, rattachées à la maladie d'Unverricht-Lundborg pour les motifs suivants :

1° Il s'agit dans nos cas d'une affection évoluant par périodes alternatives de bons et mauvais jours, et non d'un syndrome régulièrement progressif.



2° L'affection débute avant la puberté, est transmise par les femmes. Touche avec prédilection les filles et l'hérédité est indirecte.

3° L'affection évolue par phases dans le cas 2 : épilepsie, choréo-athétose et syndrome myoclonique se succèdent

comme dans l'épilepsie-myoclonie familiale. Dans l'observ. 3 l'évolution est également phasique, mais non dans le même ordre.

4° Dans la période préterminale du cas 3 on observe un grand nombre de caractères de la phase de cachexie de l'épilepsie-myoclonie.

5° Le syndrome myoclonique est celui de la maladie d'Unverricht-Lundborg.

Le syndrome différentiel ne doit être discuté qu'avec :

1° Les *athétoses familiales avec épilepsie,* dont le tableau clinique ne correspond pas complètement à celui-ci, dans nos cas, le syndrome moteur est plus choréique qu'athétosique, et dans ces cas les myoclonies manquent.

2° *L'épilepsie choréique,* dont nous n'avons pu trouver de type familial dans la littérature, et d'ailleurs les mouvements choréiques décrits dans les cas sporadiques de cette affection rappellent plus les automatismes moteurs épileptoïdes que des mouvements choréiques au sens de Barbonneix.

Par l'ensemble de leurs caractères séméiologique et évolutifs, nos observations se rattachent à l'épilepsie-myoclonie familiale; elles en diffèrent par la présence chez les parents et les collatéraux d'épilepsie pure ; *elles en représentent un type spécial parce que la choréo-athétose est intimement liée à l'évolution cyclique de l'affection basale et donne à l'ensemble une note particulière.*

Rappelons d'ailleurs que dans l'épilepsie familiale myoclonique, M. Ramsay Hunt a décrit une variété dyssynergique cérébelleuse, et M. Knud-Krabbe une forme schizophrénique.

Syphilis et Epilepsie

Par MM. L. Marchand et E. Bauer

Le rôle joué par la syphilis acquise dans la pathogénie de certaines formes d'épilepsie généralisée considérée comme idiopathique est bien connu et nos recherches sur la valeur diagnostique de la réaction de Wassermann ont surtout un intérêt statistique. Quant au rôle de l'hérédo-syphilis dans la pathologie de l'épilepsie dite essentielle, admis déjà par Fournier et par Brissaud, il a été de nouveau discuté au cours de ces dernières années. Tandis que certains auteurs ne reconnaissent à l'épilepsie une origine hérédo-spécifique que dans un nombre restreint de cas, d'autres lui accordent une proportion plus grande, jusqu'à 30 0/0 des cas. Ces divergences s'expliquent à la fois par les difficultés du diagnostic de l'hérédo-spécificité et par la tendance actuelle à élargir le domaine de cette tare héréditaire.

En effet, ni la recherche des stigmates, ni celle des réactions sérologiques, malgré les espoirs qu'on avait mis en elles, n'ont apporté de résultats satisfaisants et, il faut le reconnaître, l'épilepsie peut être la seule manifestation d'une syphilis héréditaire.

Nos recherches ont été faites à la consultation pour épileptiques au Dispensaire de Prophylaxie mentale de Paris (Hôpital Henri Rousselle, dirigé par le D[r] Toulouse). Pour apporter le plus de précision possible dans les résultats des réactions sérologiques, nous avons recherché celles-ci non seulement chez nos malades, mais chez leurs parents, père, mère, frères et sœurs, toutes les fois que cela nous a été possible.

Sur 241 malades que nous avons suivis au moins pendant plusieurs mois, nous avons trouvé 11 cas de syphilis héréditaire et 17 cas de syphilis acquise.

1° Syphilis héréditaire (11 cas). Nos observations se présentent ainsi :

a) Réactions de W. et de floculation positive : 3 cas.

Dans un cas le sang est positif chez le père et chez la mère. Dans un autre, il est positif chez la sœur. Dans le 3e, le père est mort paralytique général.

b) Réaction de W. positive et réaction de floculation négative: 2 cas.

Dans un des cas le sang de la mère est positif.

c) Réaction de W. négative et réaction de floculation positive : 2 cas.

d) Réactions du sang négatives mais réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien : 1 cas.

e) Réactions du sang négatives, mais les malades sont des descendants de paralytiques généraux : 3 cas.

Dans deux de ces cas, la réaction de W. a été trouvée positive au début de l'épilepsie. Chez la mère et la sœur de deux de ces malades, la réaction de W. est négative.

2° Syphilis acquise (17 cas).

a) Réactions de W. et de floculation positives : 9 cas.

b) Réaction de W. positive et réaction de floculation négative : 2 cas.

Dans un de ces deux cas, l'épilepsie existait avant l'infection spécifique qui ne peut donc être incriminée comme cause du mal comitial.

c) Réaction de W. négative et réaction de floculation positive : 1 cas.

d) Réactions de W. et de floculation négatives : 5 cas.

Dans les cinq derniers cas, la syphilis a été avouée et les crises ont débuté un à deux ans après l'accident primitif. Dans un cas, la syphilis existait chez le mari et l'épilepsie débuta plusieurs années après le mariage chez la femme contaminée.

En résumé, nous avons noté la syphilis héréditaire dans 4,5 0/0 des cas et la syphilis acquise dans 7 0/0.

Doit-on considérer comme épilepsie d'origine syphilitique tous ces cas, d'après la seule constatation que l'épilepsie survient chez des épileptiques ?

Nous avons montré plus haut que chez un de nos sujets, l'épilepsie existait avant la contamination et qu'on ne pouvait considérer la syphilis comme cause de l'épilepsie. Dans 3 observations, l'alcoolisme se surajoutait à la syphilis. Trois sujets ont été atteints de convulsions infantiles ; chez l'un,

les crises convulsives s'étaient répétées fréquemment entre 3 et 6 ans. Considérons enfin que l'épilepsie existait chez le père de l'un de nos sujets et qu'un autre avait un frère épileptique. Ceci montre la difficulté que l'on a dans certains cas pour attribuer un rôle prépondérant à la syphilis acquise.

L'épilepsie chez les hérédo-spécifiques semble bien etre due le plus souvent à la syphilis constitutionnelle. L'évolution des accidents convulsifs, les stigmates, les troubles du développement physique et mental semblent le démontrer. Mais ici encore, chez certains, ce rapport reste douteux. Des états méningés non spécifiques peuvent survenir chez ces sujets par le seul fait que leur encéphale est diminué dans sa résistance et l'épilepsie qui survient plus tard est une épilepsie qui évolue chez un hérédo, mais n'est pas une épilepsie d'origine hérédo-spécifique. De plus, chez un de nos sujets, un traumatisme obstétrical causé par l'application du forceps a provoqué au moment de la naissance une crise convulsive suivie d'hémiplégie gauche passagère. L'enfant est resté épileptique et on peut se demander si dans ce cas encore, l'épilepsie n'est pas due davantage au traumatisme cranien qu'à la syphilis constitutionnelle.

Le problème se complique aussi très souvent par le fait qu'on relève chez ces sujets des tares héréditaires associées à la syphilis, telle que l'alcoolisme de l'un des parents par exemple (4 fois sur 11 cas) et on sait combien cette tare se retrouve fréquemment comme cause étiologique de l'épilepsie dite essentielle.

Sauf dans un cas de syphilis héréditaire, où nous avons trouvé une réaction de Wassermann positive chez l'enfant épileptique et chez la mère qui ignorait la tare dont elle était atteinte, chez tous nos autres sujets, nous avons établi le diagnostic de la spécificité acquise ou héréditaire par les anamnestiques et par l'examen clinique (recherches des stigmates) avant d'avoir les résultats de la réaction de Wassermann. Notons que chez 8 sujets sur 28, les réactions humorales étaient négatives.

Quant au traitement spécifique, il nous a donné de bons résultats dans la plupart des cas d'épilepsie qui ont débuté à la période secondaire de la syphilis et c'est là le meilleur critérium pour reconnaître que l'épilepsie est d'origine syphilitique. Les résultats ont été tout différents dans les cas d'épi-

lepsie survenant chez des sujets syphilitiques depuis longtemps et c'est dans ces formes d'épilepsie tardive que l'on peut se demander si la syphilis doit être mise en cause, car l'épilepsie tardive est fréquente et souvent il est impossible de préciser son étiologie. Chez nos hérédo-spécifiques épileptiques, nous n'avons obtenu aucun résultat avec le traitement spécifique. Nous devons ajouter que la plupart d'entre eux étaient épileptiques depuis plusieurs années. Cependant quelques-uns avaient déjà subi divers traitements spécifiques avant d'être soignés par nous.

Notre communication a donc pour but de montrer :

1° que la syphilis n'est pas une cause fréquente d'épilepsie dite idiopathique ; 2° qu'il ne suffit pas de constater soit l'épilepsie acquise, soit la syphilis héréditaire dans les antécédents d'un épileptique pour admettre un rapport de causalité entre les deux affections ; 3° que le traitement spécifique, généralement efficace dans l'épilepsie de la période secondaire, guérit rarement l'épilepsie de la période tertiaire et l'épilepsie des hérédo-spécifiques.

Essai de classification des spasmes oculaires au cours de l'Encéphalite épidémique, à l'occasion de cinq cas nouveaux

Par MM. Henri Roger et Jean Reboul-Lachaux
(de Marseille)

Durant ces 3 dernières années, les observations de spasmes oculaires au cours des formes prolongées de l'encéphalite, se sont multipliées au point qu'il paraît logique de donner à ces troubles une place importante dans le tableau clinique de la névraxite et de tenter une classification des faits, qui pourra fournir un cadre utile aux constatations ultérieures.

Cet essai de classification sera avantageusement précédé de la relation de cinq cas nouvellement étudiés par nous-mêmes et qui s'ajoutent aux deux observations que nous avons déjà publiées l'an dernier et au début de cette année-ci (1).

***

Obs. I. — *Encéphalite épidémique à forme hallucinatoire et insomnique à début par algies dentaires ; obésité transitoire de 21 kilos. Syndrome parkinsonien ultérieur avec spasme des oculogyres, chute palpébrale et atrophie linguale.*

M. N. M..., 18 ans, présente en janvier 1920 un état infectieux durant un mois, ayant débuté par des algies vives à localisation dentaire, auxquelles ont succédé des troubles hallucinatoires pendant trois jours, puis de l'abattement sans diplopie, enfin de l'in-

---

(1) Roger et Reboul-Lachaux. — Spasmes toniques oculogyres des droits supérieurs et Aphonie intermittente chez une parkinsonienne post-encéphalitique. *Société Oto-Neuro-Oculistique du Sud-Est*, 23 mai 1925, in *Revue d'Oto-Neuro-Oculistique*, p. 684-686.

Roger et Reboul-Lachaux. — *Spasmes à bascule* des oculogyres au cours d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Crises associées de déviation conjuguée des yeux à droite et à gauche. *Société Oto-Neuro-Oculistique du Sud-Est*, 25 avril 1926.

somnie. Au bout de quelques mois apparaît de la raideur parkinsonienne avec asthénie générale et un tic de soufflement nasal qui se reproduit chaque soir à heure fixe.

Depuis deux ans (soit trois ans après l'épisode aigu initial) se sont installées des crises de *spasmes oculaire alternés portant le regard tantôt en haut, tantôt en bas, suivant les crises,* mais fixant les globes dans une même direction pendant une même crise.

Pendant la crise le malade se sent engourdi et dans l'impossibilité, dit-il, de se mouvoir. De plus, il se plaint depuis un an, d'une chute incessante des paupières. *A l'examen* (25 février 1925), les globes oculaires, en dehors des crises, sont normaux, n'était la lenteur relative de leur déplacement ; il n'y a pas de nystagmus.

Par ailleurs, la raideur parkinsonienne est typique, avec tendance à l'entraînement en arrière, inclinaison légère de la tête à droite et tremblement par moments généralisé à tout le corps. La salivation est abondante et continue, la mastication lente. On note un tremblement fibrillaire de *la langue qui est atrophiée* des deux côtés.

Pendant l'examen, le malade pousse fréquemment un petit soupir et présente une tendance marquée à la somnolence ; il se plaint, parfois, de crampes dans les membres inférieurs. Les réflexes sont vifs, sans clonus, ni signe de Babinski.

Une augmentation considérable de poids après l'épisode encéphalitique, de 47 à 68 kilos, a laissé une apparence d'embonpoint. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Les poumons et le cœur sont normaux.

Obs. II. — *Syndrome parkinsonien, sans épisode encéphalitique net, chez une jeune femme. Poussée thermique après intervention. Troubles du caractère. Spasmes intermittents des oculogyres.*

Mme A.-M. F..., 27 ans, a cinq frères et sœurs ; un frère fut atteint d'hémiplégie droite à 20 ans ; la mère est très nerveuse.

Mariée il y a six ans, la malade subit en 1921 une intervention abdominale, probablement utéro-ovarienne, sur laquelle elle ne donne que peu de renseignements. Après l'intervention survint un épisode fébrile (40°) sans myoclonie, ni diplopie, ni aucun signe d'encéphalo-myélite.

Depuis deux ans est apparue une raideur progressive prédominant à droite, avec un léger tremblement et une grande lenteur de tous les mouvements.

En outre, depuis trois mois, des spasmes des supérogyres surviennent deux à trois fois par jour et durent quinze à trente minutes ; il n'y a jamais de spasmes entraînant des déplacements latéraux des globes ; par contre il paraît y avoir un spasme pal-

pébral associé. Au début de la crise, la malade essaie de résister au spasme oculaire vers le haut en fixant le regard en bas, mais elle ne peut maintenir les yeux dans cette position.

A l'examen (21 avril 1926), le regard tend à la fixité, les mouvements des globes sont lents ; il n'y a pas de paralysie oculaire ; les papilles sont égales, régulières et contractiles.

La raideur parkinsonienne est nette. La malade est très irritable.

Obs. III. — *Encéphalite à type léthargique ; poussée excito-motrice et délirante à l'occasion d'un accouchement ultérieur. Syndrome parkinsonien léger avec engraissement progressif et spasme intermittent des oculogyres.*

Mme V. H..., 26 ans, est atteinte en 1918 de grippe (?) sans diplopie, mais à laquelle fait suite une somnolence accentuée ; la malade devait être réveillée pour donner le sein à son enfant. En 1919, au moment d'un accouchement et pendant les deux jours suivants, la malade présente un état d'excitation motrice avec subdélire. Ultérieurement se produit un avortement de trois mois.

Depuis 1921 une raideur musculaire progressive apparaît, parallèlement à une apathie physique et psychique ; la malade se désintéresse de son ménage, de ses enfants, tarde à s'endormir le soir, mais présente de la somnolence diurne ; elle n'a jamais eu de diplopie.

Depuis six mois existent des crises de spasmes des supérogyres portant les yeux lentement vers le haut ; la malade peut les ramener un moment vers l'horizontal, mais bientôt les globes oculaires sont à nouveau fixés dans leur position primitive. Il n'y a pas de diplopie pendant les crises, qui peuvent se prolonger une et deux heures, et qui sont parfois déclanchées par la fatigue ou par des remontrances faites par la famille. La malade a pu faire une marche d'une demi-heure au cours d'une crise pour venir se faire examiner.

Examen (3 mai 1925) pendant la crise : la tête est inclinée en avant, ce fait est assez rare et la malade essaye l'occlusion des yeux avec la main pour faire céder le spasme, les paupières ne participent pas au spasme ; le facies est figé, la bouche entr'ouverte laissant s'écouler la salive abondamment.

En dehors de la crise, la motilité oculaire est normale, sans nystagmus, mais avec une légère diminution de la convergence ; les pupilles sont égales, régulières, moyennement dilatées, contractiles.

Les membres supérieurs sont légèrement enraidis avec tendance aux attitudes cataleptiques, sans tremblement ; les réflexes

tendineux sont un peu vifs. Aux membres inférieurs les réflexes sont surtout vifs à gauche, sans clonus, ni signe de Babinski ; la marche est lente.

L'affectivité semble diminuée ; d'autre part la malade a parfois des crises de larmes qui paraissent d'ailleurs justifiées par les reproches immotivés des parents.

L'état général est satisfaisant, malgré un embonpoint excessif, le poids ayant passé de 70 à 89 kilos en quelques années. Il y a de la polydypsie. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Cœur et poumons sont normaux ; la tension artérielle au Pachon = 16-10.

Obs. IV. — *Spasmes des muscles élévateurs des yeux chez une ancienne encéphalitique parkinsonienne. Bâillement incessant. Palilalie. Obésité.*

Mme O. W..., 31 ans, a eu une encéphalite épidémique en 1919, suivie d'obésité progressive ; la malade passe en 3 ans de 60 à 98 kilos. Depuis 2 ans s'est installée de la raideur parkinsonienne avec mouvements automatiques d'ouverture de la bouche précédés de gêne de la parole avec sensation de « langue dure » et projection de la langue hors de la bouche.

Depuis six mois sont apparus des spasmes oculaires vers le haut, les paupières restant écartées et la malade pouvant résister au spasme pendant un court instant, en fixant son regard en bas. Ces spasmes qui ne duraient, au début, que quelques secondes, persistent actuellement un quart d'heure ou une demi-heure, et leur fréquence a augmenté parallèlement ; les crises, primitivement hebdomadaires, sont devenues à peu près quotidiennes. Elles s'accompagnent de renversement de la tête en arrière avec ouverture de la bouche sans projection de la langue et d'une légère douleur à l'endroit des sourcils avec sensation générale d'étouffement.

Il y a deux ans, la malade a fait une chute brusque par perte de connaissance de courte durée et a remarqué, huit jours après, que la force musculaire du membre supérieur gauche était diminuée.

Aucun bourdonnement d'oreille, aucun vertige n'accompagne les crises oculaires, ni n'existent en dehors d'elles.

Par ailleurs, la malage mange énormément, se lève souvent la nuit pour boire et présente une légère incontinence d'urine sans polyurie.

Examen (22 juin 1926). — L'embonpoint est marqué, le ventre en tablier couvre la racine des cuisses.

Les yeux ne présentent aucun symptôme en dehors des crises ;

il n'y a ni paralysie oculaire, ni nystagmus ; le regard spontané est un peu fixe.

La bouche présente des mouvements spontanés d'ouverture ; la langue ne peut être projetée par la malade à plus d'un centimètre en avant des arcades dentaires.

Aux membres existe une contracture parkinsonienne prédominant à gauche où les réflexes tendineux sont vifs.

L'examen labyrinthique est normal aux différentes épreuves.

Le L. C. R. est clair et renferme 0,50 d'albumine et 0,6 lymphocytes ; le B.-W. y est négatif ainsi qu'avec le sang dont le taux d'urée est de 0,26 centigrammes.

Il existe, par ailleurs, une très légère glycosurie.

OBS. V. — *Spasmes toniques supérogyres chez une parkinsonienne post-encéphalitique avec syndrome choréique initial et dépression mélancolique actuelle.*

Mlle Sb... Antonia, 16 ans, a eu un épisode encéphalitique en 1920, avec mouvements choréiques qui persistèrent pendant sept à huit mois. Trois mois après leur disparition, s'installe une raideur généralisée qui rend la malade assez rapidement impotente et actuellement complètement infirme. Parfois surviennent des crises de rire spasmodique, d'autant mieux remarquées de la famille que la jeune malade exprime des idées mélancoliques et aurait fait une tentative de suicide, d'ailleurs assez maladroite. Enfin, depuis deux ans sont survenus des spasmes oculogyres vers le haut avec renversement de la tête en arrière et fermeture intermittente des paupières ; ces crises durent dix à vingt minutes.

Examen (12 juillet 1926). — La malade est complètement figée au lit, les membres inférieurs fléchis en contracture au point que la station debout est impossible.

Les yeux ont une motilité très ralentie et leur déplacement se fait parfois par saccades ; les pupilles sont irrégulières et inégales, mais réagissent bien.

Le faciès parkinsonien est typique, la salivation abondante, la mastication se fait d'une manière intermittente, avec des mouvements assez rapides mais aussi rapidement entrecoupés de pauses prolongées ; la parole est lente et parfois impossible.

Aux membres, les réflexes sont exagérés et il y a extension permanente des gros orteils.

Les facultés intellectuelles bien développées sont cependant ralenties dans leur activité et la malade présente des crises de dépression avec anxiété où les idées de suicide sont partiellement motivées par la conscience qu'elle a de la gravité de son état ; ses écrits sont très caractéristiques sur ce point.

Le L. C. R. est clair ; sa tension = 12 ; l'albumine = 0,20 ; la cytologie = 0,1 ; le B.-W. y est négatif ainsi qu'avec le sang.

***

Une classification des spasmes oculaires observés au cours de l'encéphalite épidémique doit évidemment tenir compte de l'ensemble des formes cliniques décrites par les auteurs, alors même que la fréquence de ces formes est loin d'être comparable pour chacune d'elles. Nous nous proposons, dans un travail ultérieur, de revenir sur le détail de chacun de ces derniers aspects, pour l'instant et d'une manière schématique, en nous basant d'une part sur les modalités citées dans la littérature ou observées par nous-mêmes, d'autre part sur les notions de sémiologie neuro-oculestique généralement admises, nous distinguons les spasmes oculaires toniques, des spasmes oculaires cloniques et parmi les premiers notamment, nous croyons opportun de décrire un certain nombre de variétés.

A. Les spasmes oculaires toniques ont pour effet de déplacer brusquement les globes oculaires et de les maintenir, pour un temps, dans une attitude fixe ; ce sont les plus fréquents. Ils comprennent les spasmes des oculogyres et les spasmes de la convergence proprement dite.

I. *Les spasmes des oculogyres* peuvent être :

1° *simples,* intéressant une seule direction du regard et toujours la même, verticale supérieure (de beaucoup la plus fréquente) ou inférieure, latérale droite ou gauche. La modalité verticale supérieure, ou commune, correspond au déplacement des deux globes oculaires vers le haut, de sorte que le malade « fait les yeux blancs », « a le regard au ciel », « les yeux au plafond », ou « plafonne » : c'est la crise d'anoblepsie (ανω, en haut et βλεψις, action de regarder) de Verger et Aubertin, par opposition à la crise de catoblepsie (θατω, en bas) des mêmes auteurs ;

2° *variables* ou *alternants,* intéressant tantôt une direction, tantôt une autre ;

3° *à bascule,* intéressant successivement deux directions d'un même sens, vertical ou horizontal, au cours d'une même crise.

Ces hypertonies oculaires paroxystiques peuvent s'accompagner de *déviation conjuguée de la tête,* symptôme associé dont l'importance motive l'isolement de cette forme clinique.

II. *Les spasmes de la convergence* sont beaucoup plus rares et personnellement, nous n'en avons jamais observé. A ces deux variétés principales, il faut ajouter le spasme paroxystique et simultané de l'ensemble de la musculature extrinsèque des yeux donnant le type du *regard fixé en avant.*

B. Les spasmes oculaires cloniques ont pour effet de déplacer les globes oculaires en une série de secousses ordinairement rythmées, le plus souvent verticales et groupées en véritables « crises oculaires » de type convulsif.

D'ailleurs, qu'il s'agisse de spasmes cloniques ou toniques, les faits que nous avons en vue sont toujours des manifestations paroxystiques, survenant par accès, dans l'intervalle desquels la motilité, quoique le plus souvent ralentie, est pratiquement normale.

Enfin, il convient de remarquer que les spasmes intéressent toujours les deux globes oculaires et essentiellement les « mouvements de fonction » des yeux ; ils méritent, de ce fait, le nom de « spasmes oculaires de fonction », par analogie avec les « paralysies oculaires de fonction » classiques depuis Parinaud, en sémiologie neuro-oculistique.

Troubles vestibulaires unilatéraux consécutifs à des injections dans la région cervicale

Par MM. BARRÉ, DRAGANESCO ET LIEON (de Strasbourg)

Les auteurs ayant eu l'occasion d'injecter, pour des raisons diverses, de 5 à 15 cc. d'une solution à 10 0/0 de surrocaïne dans la région cervicale ont observé, après une série de troubles généraux, un syndrome vestibulaire typique : vertige avec sensation de déplacement des objets dans un sens donné, déviation du corps, déviation des bras tendus, nystagmus, qui a duré d'une demi-heure à plus d'une heure.

Les injections ont été faites soit au voisinage du sympathique cervical et en particulier des rami communicantes dont le nerf vertébral tire ses origines, soit dans l'espace épidural, par voie interépineuse.

Les auteurs voient dans ces phénomènes, qu'ils ont pu reproduire plusieurs fois chez le même malade, une preuve en quelque sorte expérimentale du *syndrome sympathique cervical postérieur* à expression céphalique et d'origine cervicale qu'a décrit M. Barré, et qu'il oppose au syndrome de Claude Bernard-Harner, ou *syndrome sympathique cervical antérieur.*

Sclérose en plaques et Traumatisme

De l'influence du traumatisme sur les affections organiques du système nerveux

Par M. Crouzon (de Paris)
Médecin de la Salpêtrière

Bien que l'étiologie de la sclérose en plaques ne soit pas complètement élucidée aujourd'hui, la tendance générale, depuis Pierre Marie, est de considérer cette affection comme *une maladie infectieuse.* C'est cette conception que soutient Guillain dans son rapport sur la sclérose en plaques à la Réunion Neurologique Internationale des 30 et 31 mai 1924.

Il n'en est pas moins vrai que le *rôle du traumatisme* a été invoqué par certains auteurs, et Guillain, dans le rapport ci-dessus, relate les opinions de Schultze, qui estime que l'influence du traumatisme peut être constatée dans 13 0/0 des cas, de Berger et de Marburg, qui la retrouvent dans 9 0/0, et Jelliffe dans 12 0/0 des cas.

Guillain ajoute : « Il existe en effet des cas où la sclérose en plaques paraît s'être développée après un traumatisme névro-encéphalique chez des sujets indemnes auparavant. J'admets très bien que les facteurs, traumatisme, surmenage, refroidissement puissent favoriser le développement de la sclérose en plaques, extérioriser les manifestations d'une sclérose en plaques latente, mais ces facteurs seuls ne créent pas la maladie, pas plus que le traumatisme ou le surmenage seuls ne créent le tabes ou la paralysie générale. »

Je viens d'observer moi-même un cas de sclérose en plaques où cette question du traumatisme méritait d'être discutée avec précision en raison de l'intérêt médico-légal qui y était attaché.

Il s'agit d'un homme de 31 ans qui fit une chute de la hauteur de 1 m. 50 et ne se fit qu'une blessure légère, luxation d'un auriculaire prise d'abord pour une fracture, qui nécessita une

série d'examens et, en raison même de l'erreur, entraîna une prolongation de traitement. Un mois et demi ou deux mois après l'accident, il éprouva une sorte de claudication intermittente dans la jambe droite, puis, quelque temps après, dans la jambe gauche. Quatre mois après l'accident, la marche devenait pénible à tel point qu'il entra à l'hôpital. Une ponction lombaire donna un résultat absolument normal, une radiographie vertébrale fut également normale. Neuf mois après l'accident, il fut examiné dans le service du professeur Guillain : il avait une démarche cérébello-spasmodique, les signes d'une paraplégie spasmodique avec troubles de la sensibilité profonde et troubles sphinctériens. Le diagnostic de sclérose en plaques fut porté. Je fus appelé à l'examiner environ un an après l'accident et je portai le même diagnostic.

Mais j'étais appelé à me prononcer sur la relation de cause à effet entre le traumatisme et la sclérose en plaques.

Or l'étude des antécédents du malade révélait que la maladie était vraisemblablement antérieure au traumatisme.

Six mois avant l'accident, le malade avait éprouvé une crise douloureuse de la jambe gauche : étant à bicyclette, il eut une sensation de jambe cassée et dut descendre. Quand il voulut marcher, sa pointe du pied traînait. Le lendemain, il n'avait plus rien. Mais par la suite, il éprouva quelques crises du même genre, durant soit quelques minutes, soit quelques heures, mais ces troubles ne semblent l'avoir ni gêné ni inquiété : c'est alors qu'est survenu le traumatisme.

Le traumatisme n'avait donc pas créé la maladie nerveuse. Y avait-il donc, entre les deux phénomènes, simple coïncidence, le traumatisme avait-il eu un rôle révélateur de la sclérose en plaques ? Avait-il été, au contraire, un élément d'aggravation de la maladie ? Cette dernière question était aussi importante au point de vue médico-légal que celle de savoir si le traumatisme avait créé la maladie. Car, en matière d'accidents du travail, la jurisprudence française ne tient pas compte de l'état antérieur : l'aggravation est indemnisée comme une complication traumatique pure.

Il m'a paru indispensable, pour serrer la question de plus près, de déterminer dans quelles conditions un traumatisme peut aggraver une maladie nerveuse préexistante, avérée ou latente.

J'ai déjà étudié, dans les *Annales de Médecine,* mai 1925, les rapports de la paralysie générale et du traumatisme, et je suis arrivé aux conclusions suivantes ;

(Il faut, bien entendu, éliminer les cas où c'est la maladie elle-même qui a déterminé le traumatisme, par exemple un ictus entraînant une fracture du crâne).

« Pour retenir comme valable l'action du traumatisme, il est nécessaire que les conditions suivantes soient remplies :

« 1° Le *caractère* du traumatisme (fracture ou contusion du crâne dans un cas de paralysie générale) a une grande importance. Son intensité est également importante. L'émotion peut également intervenir dans une certaine mesure.

« 2° Il faut étudier enfin l'*époque d'apparition des symptômes* et étudier avec soin la *période intercalaire :* il faut que l'apparition des symptômes ne soit ni trop tardive, ni trop précoce, et il faut constater dans la période intercalaire des symptômes qui puissent *jalonner* l'évolution du processus morbide.

« 3° Il ne faut pas perdre de vue que, dans nombre de cas, le début des symptômes peut n'avoir lieu apparemment qu'après l'accident, mais qu'ils existaient déjà antérieurement et que le traumatisme, sans avoir eu un rôle aggravateur, n'a eu qu'un *rôle révélateur...*

« Et je terminais en montrant que, d'après les principes ci-dessus, la relation entre le traumatisme et la paralysie générale devait être considérée comme *exceptionnelle.* »

Il m'a paru que les règles formulées ci-dessus pouvaient être appliquées aux autres affections organiques du système nerveux et, dans le cas particulier, que je viens d'exposer, à la sclérose en plaques.

Tout d'abord, il faut éliminer les cas où la maladie provoque le traumatisme. Dans notre cas, un trouble de l'équilibre aurait pu déterminer la chute, mais l'enquête avait démontré que la chute avait eu lieu par le fait d'un camarade. La question restait donc entière.

a) Le traumatisme doit avoir une *localisation* spéciale qui puisse entraîner une lésion des centres nerveux (dans les affections médullaires portant sur la colonne vertébrale). Il doit avoir une *intensité* suffisante pour justifier des lésions des centres nerveux. C'est ce que l'on rencontre dans certains cas de syringomyélie.

Dans notre cas, le traumatisme n'avait pas été intense et n'avait pas porté sur la colonne vertébrale.

b) Il faut noter exactement l'époque d'apparition des symptômes ; il faut que la *période intercalaire* ne soit ni trop longue, ni trop courte ; il faut qu'elle soit *jalonnée* par des symptômes qui forment une chaîne ininterrompue entre le traumatisme et l'éclosion évidente de la maladie.

Chez notre malade, la période intercalaire était un peu courte pour l'apparition d'un tableau classique de sclérose en plaques, mais néanmoins, en raison des poussées aiguës que l'on voit dans cette maladie, aucune objection n'aurait pu être retenue de ce côté, si cette période avait été jalonnée de quelques symptômes, s'il y avait eu, après l'accident, quelques signes, même minimes, d'atteinte traumatique médullaire (hémorragie ou même commotion), ou si, dans les semaines qui ont suivi l'accident, les médecins (qui avaient, à maintes reprises, vu le blessé pour une luxation de l'auriculaire), avaient enregistré un symptôme déclaré par lui ou avaient constaté un signe objectif de lésion du système nerveux.

c) En recherchant exactement le début des symptômes de la maladie, on peut voir qu'ils existaient avant l'accident. C'est ce que démontre l'analyse minutieuse des commémoratifs.

Ainsi donc, dans le cas que je rapporte, la sclérose en plaques était antérieure à l'accident ; l'accident ne paraissait pas avoir été déterminé par la maladie et, d'autre part, en raison de l'absence de tout symptôme dans la période intercalaire entre le traumatisme et l'explosion des symptômes de la maladie, le rôle aggravateur ne pouvait pas être démontré.

L'influence du traumatisme devait être écartée, et il me paraît devoir être admis que, pour les affections organiques du système nerveux non manifestement traumatiques, l'influence du traumatisme devait être exceptionnelle.

En dehors de l'intérêt que peut présenter en lui-même le cas que je viens de discuter, il m'a paru qu'à cette occasion il permettait de préciser les conditions générales de l'influence du traumatisme sur les affections organiques du système nerveux.

Discussion

M. Anglade (de Bordeaux). — La situation n'est pas exactement la même selon qu'il s'agit d'un accident du travail ou d'un accident de droit commun.

Dans le premier cas, les tribunaux, s'inspirant de cette considération que la réparation n'est pas totale mais réglée par un forfait entre l'employeur et l'employé, tiennent généralement peu compte de l'état antérieur de l'accidenté. C'est pourquoi j'incline à croire que, dans le cas particulier rapporté par M. Crouzon, la décision judiciaire, qui n'est pas encore intervenue, pourrait bien n'être pas conforme aux conclusions de l'expert. Au surplus, les traités classiques admettent que les traumatismes peuvent jouer un rôle dans la réalisation d'une sclérose en plaques.

Mais, ce rôle, il faudrait qu'il fût établi comme direct, comme principal et non accessoire s'il s'agissait d'un accident de droit commun. Alors, la réparation devant être intégrale et non forfaitaire, les juges réclament des précisions très exactes sur la participation de chacune des causes prédisposantes ou déterminantes susceptibles de jouer dans la production d'une maladie litigieuse.

A propos de l'étiologie et du traitement de la maladie de Basedow et du Basedowisme

Par M. Vieux (de Dromme-les-Bains)

Discussion

MM. Barré, René Charpentier et Gauduchaux. — Le Dr Vieux insiste, à l'aide de douze observations, dont deux d'homme, sur le rôle de l'émotion dans la genèse de certains syndromes basedowiens ou basedowiformes, et sur l'efficacité de la thérapeutique de l'hyperémotivité. Celle-ci comporte, indépendamment de la psychothérapie, la pratique de l'hydrothérapie tiède fraîche sous la forme de la douche en pluie horizontale peu percutante.

Dans les cas les plus confirmés de syndromes basedowiens, l'usage du drap mouillé froid ruisselant est plus spécialement indiqué qui relève la tension en ralentissant le rythme cardiaque. En effet, contrairement à ce que prétendent certains auteurs, le basedowisme comporte une hypotension habituelle, masquée souvent par une hypertension passagère, due, entre autres, à l'émotion de la recherche de la tension.

Dans la discussion qui suit, le professeur Barré et le docteur René Charpentier confirment les idées de l'auteur.

M. Gauducheau (de Nantes). — J'ai eu l'occasion de revoir récemment les observations de tous les malades atteints de maladie de Basedow qui m'ont été adressés pour traitement électro ou radiothérapique. Je n'ai constaté chez eux que d'une façon tout à fait exceptionnelle une augmentation de la tension artérielle. Dans l'immense majorité, mes Basedowiens étaient hypotendus (Mx = 12. Mn $\pm$ 9 en moyenne au Pachon). Chez beaucoup d'entre eux, la tension artérielle s'est élevée parallèlement à l'amélioration de leurs symptômes morbides obtenus par la radiothérapie. Ces faits corroborent très nettement ceux que notre confrère Vieux a lui-même constatés.

Sur la manifestation très tardive du parkinsonisme post-encéphalitique

Par le Prof. Arturo Donaggio

Directeur de la Clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université de Modena

---

Après avoir rappelé que le parkinsonisme post-encéphalitique se manifeste avec une grande fréquence (selon Netter dans 50 pour 100 des cas d'encéphalite épidémique, selon Bing et Staehelin dans 60 pour 100 des cas), l'auteur donne relation des cas qu'il a pu observer, dans lesquels la distance entre la manifestation aiguë de l'encéphalite et l'éclosion du parkinsonisme a été tellement grande, qu'il est nécessaire de formuler un pronostic plus réservé qu'auparavant sur les conséquences de l'encéphalite épidémique.

Aux cas dont il a déjà parlé à l'Académie des Sciences de Modena (février 1926) et au Congrès des Neurologistes italiens (Turin, avril 1926), qui ont trait à des malades qui ont présenté l'encéphalite épidémique dans l'hiver 1919-1926, et après une période de 4 à 5 ans de guérison apparente ont présenté le parkinsonisme, il ajoute 2 cas récemment observés : dans un de ces cas, l'éclosion du parkinsonisme a eu lieu plus de 5 ans, dans l'autre, 6 ans après l'encéphalite. Dans tous ces cas, la sialorrhée et la lacrymation sont très limitées ; l'encéphalite avait été d'une forme fruste. La possibilité constatée par l'auteur, d'une manifestation extrêmement tardive, conduit à considérer le pourcentage déjà grave de l'éclosion du parkinsonisme comme inférieur à la réalité.

La proportion si grande des cas de parkinsonisme provoqués par l'encéphalite, proportion qui est augmentée par l'éclosion très tardive observée par l'auteur, et la possibilité que l'encéphalite épidémique détermine tout de suite dans la phase aiguë les phénomènes du parkinsonisme, peuvent appuyer l'opinion que le parkinsonisme soit en rapport avec

une condition spécifique, même dans les formes très tardives ; et que les intoxications d'origine variée, qu'on a invoquées comme causes importantes, n'aient qu'un rôle tout à fait accessoire.

Il s'agit d'une pathoclyse spécifique ; et pour ce qui a trait au neuro-système dans lequel se manifeste cette pathoclyse spécifique, l'auteur rappelle ses recherches anatomo-pathologiques (1923), d'après lesquelles il doit considérer comme inexacte la doctrine de la lésion lenticulaire, ou lenticulo-nigrique, ou simplement nigrique, qui a été invoquée pour l'explication des phénomènes du parkinsonisme. Dans le parkinsonisme post-encéphalitique, l'auteur, surtout avec ses méthodes pour l'étude du réseau neurofibrillaire décrit par lui et avec ses méthodes pour l'étude des fibres nerveuses ainsi qu'avec une méthode qu'il appelle globale, a pu démontrer *l'existence de lésions dans l'écorce cérébrale — région préfrontale et motrice —* associées à une lésion du « locus niger », l'absence de lésions dans les ganglions de la base. Ainsi il a formulé (« Actes du Congrès des neurologistes italiens », Naples, 1923 ; « Actes du Congrès des aliénistes et neurologistes », Bruxelles, 1924 ; Séance de la « Société de neurologie » de Paris, 26 mai 1925), une *doctrine cortico-nigrique,* qui s'oppose à la doctrine lenticulaire, lenticulo-nigrique, ou simplement nigrique.

D'après les recherches toutes récentes, faites par son aide de Clinique, M. Testa, il résulte que tandis que le signe de Babinski est peu fréquent dans le parkinsonisme, même si l'on cherche à le révéler par la scopolamine, on peut au contraire, surtout par l'action de la scopolamine, démontrer l'existence très fréquente de ce phénomène de flexion dorsale du pied avec adduction et rotation interne, qui a été décrit par Boveri surtout dans les cas de lésions superficielles de l'écorce cérébrale motrice, et qu'on obtient en plaçant le malade à plat ventre, la jambe à angle droit sur la cuisse, le pied à angle droit sur la jambe, et en stimulant la plante du pied. Ce phénomène (renforcé ou révélé par la scopolamine) s'est présenté dans tous les 8 cas de parkinsonisme étudiés jusqu'à présent.

L'auteur, en se basant sur les recherches anatomopathologiques qui lui ont démontré l'existence de lésions corticales et l'absence de lésions des ganglions de la base dans le parkin-

sonisme post-encéphalitique, attire l'attention sur la nécessité d'approfondir les recherches plus que jusqu'à présent on ne l'a fait, et avec des méthodes appropriées, sur l'écorce cérébrale dans les cas de syndrome qu'on appelle strio-pallidal.

Discussion

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux). — M. Molin de Teyssieu pense comme M. le professeur Donaggio que les lésions des corps opto-striés sont loin de constituer la raison d'être essentielle du parkinsonnisme. Comme lui, il a été frappé de l'inéluctabilité presqu'habituelle de cette évolution ultime, mais parfois très retardée de l'encéphalite léthargique. Il relate l'observation d'un malade qui après avoir présenté un épisode fébrile accompagné de symptômes méningés, réalisa durant trois ans, un tableau classique de chorée chronique sans troubles mentaux et chez lequel, s'installa progressivement un syndrome parkinsonnien typique, devant lequel régressèrent pas à pas, mais complètement, les troubles choréiformes. Jamais au cours de la première période, contemporaise pourtant, de lésions opto-striées, le moindre signe de parkinsonnisme ne pouvait être constaté.

M. Minkowski (de Zurich). — Je suis tout à fait de l'avis de l'éminent *Professeur de Modène* que le rôle normal des ganglions de la base, auxquels on attribue presque toutes les fonctions possibles, et leur participation pathologique à des troubles de toute sorte paraissent très exagérés dans la littérature neurologique moderne. Il m'est impossible d'entrer ici dans une analyse détaillée de ce problème, comme j'ai essayé de le faire dans un travail publié récemment (1). Je dirai seulement qu'en m'y occupant particulièrement de mouvements involontaires tels que *l'athétose et la chorée*, qu'on attribue généralement à des lésions du corps strié, j'ai cru pouvoir affirmer que ni les données cliniques, ni les données expérimentales ne justifient une localisation aussi étroite de ces

(1) Minkowski. — Experimentelle und anatom. Untersuchungen zur Lehre von der Athetose. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der anatom. Verbindungen der Regio sigmoïdeo-coronalis (Area gigantopyramidalis) bei der Katze. *Zeitschr. fur d. Ges. Neur. und Psych.*, *102*, 1926. S. 650-718.

phénomènes, mais qu'ils peuvent également être déterminés par d'autres lésions du système sensitivo-moteur, de localisation différente et multiple, telles que des lésions de la couche optique, de la région sous-thalamique, du noyau rouge, du cervelet et de ses pédoncules, surtout du pédoncule cérébelleux antérieur (*Bonhoeffer* et d'autres) et même, d'après mes recherches expérimentales, auxquelles M. *Donaggio* a bien voulu faire allusion, par des *lésions de l'écorce* ou *de la voie pyramidale.*

En effet, j'ai constaté (1) que, chez le chat, l'ablation de la région motrice de l'écorce (gyri sigmoïdei posterior et anterior et gyrus coronalis) ou du champ des pyramides géantes d'un côté, sans lésion primaire des ganglions de la base, de la couche optique ou d'autres formations sous-corticales, détermine des mouvements athétoïdes *intermittents, incoordonnés et irréguliers* dans les deux pattes antérieures, qui apparaissent quelques jours après l'opération et persistent pendant des mois (jusqu'à la mort de l'animal). On peut bien objecter que les conditions anatomo-physiologiques chez le chat sont bien différentes de celles de l'homme, mais il reste néanmoins établi qu'*une destruction localisée de l'écorce et de la substance blanche de l'hémisphère, avec une dégénération consécutive complète de la voie pyramidale, peut déterminer des phénomènes caractéristiques d'athétose,* attribuée généralement à une lésion des ganglions de la base.

Je peux également confirmer l'opinion de M. *Donaggio* que, du moins dans la majorité des cas *d'encéphalite léthargique,* on trouve également, par endroits, *des lésions dans l'écorce cérébrale,* surtout sous forme de petits foyers multiples de désintégration, de nécrose ou de liquéfaction (le plus souvent autour de petits vaisseaux proliférés, oblitérés ou thrombosés), qui déterminent un « état criblé » du tissu ; mais on trouve également des *altérations similaires dans presque toutes les formations grises du cerveau,* à savoir la partie tegmentale (ou réticulée) du bulbe, du pont et du mésocéphale, la substance grise centrale (autour des ventricules), la couche optique, la région sous-thalamique y compris le *locus niger* de Soemmering, le pallidum et le striatum. C'est pourquoi, tout

(1) Minkowski. — Contribution expérimentale à l'étude des mouvements involontaires, surtout de l'athétose. *C. R. du Congrès des Méd. alién. et neur. de France et des Pays de langue française* à Paris, 1925.

en reconnaissant la fréquence et l'importance des lésions de l'écorce et du locus niger dans l'encéphalite léthargique, qui doivent également altérer des voies cortico-nigriques [dont l'existence ressort également de mes recherches expérimentales sur le singe (1) et sur le chat (2)], on peut se demander si ce n'est pas aller trop loin que d'attribuer un trouble aussi général et complexe que le parkinsonisme post-encéphalitique à la lésion d'une seule voie déterminée (cortico-nigrique d'après M. *Donaggio*). Ne s'agit-il pas plutôt d'un trouble d'ordre général, d'une *dysfonction résultant de l'ensemble de lésions très diffuses, qui créent des lacunes multiples, mais toujours partielles et d'un caractère spécial dans différentes parties du cerveau en général, et du système senso-moteur en particulier ;* enfin, des troubles d'ordre secrétoire (dans le fonctionnement des plexus choroïdes de *Monakow*, de l'épendyme, de la névroglie, etc.) pourraient également jouer un rôle dans la génèse d'une dysfonction de ce genre.

---

(1) Minkowski. — Etude sur les connexions anatomiques des circonvolutions rolandiques, pariétales et frontales. *Archives suisses de Neurol. et de Psych.* Vol. *12*, *14* et *15*. 1923-24.
(2) *L. c.*, 1926.

Sur la question de la pathologie du système nerveux central dans la sclérodermie et dans la maladie de Raynaud

Court communiqué (d'après observations et études personnelles)

Par M. St. WLADYCZKO

Professeur de Clinique neurologique à la Faculté de médecine de l'Université Etienne-Batory, à Wilno (Pologne)

L'étiopathogénie de la sclérodermie et de la maladie de Raynaud, ainsi que la pathologie du système nerveux central dans lesdites maladies, reste jusqu'à maintenant obscure. C'est pourquoi toutes les observations avec l'autopsie concernant ces maladies doivent être notées.

A partir de l'année 1906 jusqu'à aujourd'hui nous avons fait l'examen anatomo-pathologique de 2 cas de la sclérodermie et 2 cas de la maladie de Raynaud.

Nous allons passer seulement à la très courte description de ces cas :

CAS I. — La sclérodermie (sclérème) progressive généralisée. Observation faite par moi à la clinique des maladies nerveuses à l'Université de Kieff (Directeur-Prof. M. Lapinsky, 1906).

Il s'agit d'une malade de 21 ans.

A son entrée à la clinique, 5 avril 1906, la malade présentait la sclérodactylie classique des deux mains et des plaques de sclérodermie disséminées irrégulièrement aux avant-bras, aux bras, au cou et au tronc, compliquée de mélanodermie presque généralisée. La marche du processus pathologique pendant son séjour à la clinique était rapide et le jour de la mort (3 juillet) la sclérodermie devint généralisée.

Le processus morbide envahissait non seulement la peau, mais dans certains endroits (à la face et aux deux mains) les muscles et les ligaments.

A côté de ces altérations apparut le décubitus dans la région sacrée. Outre cela, on a constaté chez elle les symptômes du polyserositis febrilis. La fièvre (39,0-39,5) le soir, pendant les 2 dernières semaines.

Lesdits symptômes évoluèrent progressivement jusqu'à la mort.

Les particularités de ce cas sont les suivantes : la courte durée de l'affection (seulement 10 mois), la forme diffuse de l'affection avec lésion, par places, des muscles et des ligaments, la cessation des règles, depuis le début de la maladie et les symptômes de la polyserositis febrilis.

Autopsie : Pericarditis, pleuritis perihepatitis et perisplenitis chronica fibrosa adhæsiva, atrophia fusca, m. cordis, œdema pulmonum, induratio cyanotica lienis, renum. Œdema medullæ spinalis. Sclerodermia Struma.

Les modifications observées dans la moelle épinière peuvent être résumées de la façon suivante :

a) dans la plupart des cellules de tous les groupes — les phénomènes de chromatolyse partielle périphérique, plus rarement totale, et présence du pigment — lypochrome.

Ces phénomènes sont surtout accusés dans la région cervicale de la moelle et, de préférence, dans les cellules des cornes latérales, de la base de la corne postérieure et dans les cellules paracentrales ; les cellules avec phénomènes de chromatolyse totale se rencontrent de plus en plus souvent à mesure qu'on approche du renflement cervical, où elles diminuent beaucoup.

Les cellules des cornes latérales de la région du renflement lombo-sacré sont aussi très altérées, parfois atrophiées. On y constate diverses altérations d'atrophie et de latéralisation nucléaires et par places la cytolyse.

b) on voit aussi phénomène de sclérose diffuse légère, principalement dans les cordons latéraux et postérieurs ; raréfaction du tissu nerveux répartie en placards (Lückenfelder) et gonflement d'une grande quantité de cylindraxes dans toute la périphérie de la coupe transversale.

c) sclérose, peu marquée, de la pie-mère et de la dure-mère, plus accusée dans les ganglions intervertébraux et dans les racines postérieurs.

d) épaississement insignifiant des parois des artères intramédullaires et par places, des artères spinales — antérieure, postérieure et latérale.

Cas II. — Le malade J. M..., âgé de 37 ans, fut également observé par moi à la même clinique du prof. M. Lapinsky (28 décembre 1906 — 3 avril 1907).

Il s'agit d'un malade, horloger de profession, dont on ne put constater dans sa famille ni maladie nerveuse et psychique, ni alcoolisme, ni syphilis, et ses deux frères sont tout à fait bien portants.

Notre malade a évolué tout à fait normalement, eut la rougeole et la scarlatine. Plus tard à l'âge de 30 ans il eut une pleurésie des

deux côtés et maladie des articulations qui exigèrent une cure au Liman d'Odessa. Il n'abusa jamais ni in Bacco ni in Venere. Marié, six enfants bien portants, pas de fausses couches chez sa femme.

Il entra à la clinique pour les symptômes bulbaires.

Pendant le premier mois de son séjour à la clinique, on a observé les accès de syncope locale symétrique des extrémités inférieures (la surface postérieure des pieds) avec les douleurs ; pendant les dernières six semaines, l'asphyxie locale symétrique des mêmes extrémités accompagnée de douleurs. Les sensibilités superficielles de la région atteinte disparurent, dans les autres parties des membres inférieurs diminuèrent.

Le malade s'affaiblissait progressivement, il est mort de la faiblesse du cœur 4 mois après son entrée à la clinique.

L'examen microscopique de la moelle montra :

La plupart des cellules des cornes latérales de la région lombaire présente les différentes altérations : la chromatolyse soit totale, soit partielle, la présence du pigment lypochrome, les différentes modifications pathologiques du noyau ; la moindre lésion des cellules de la base des cornes postérieures et du groupe paracentral.

A l'examen des coupes colorées par la méthode de Ramon y Gajal, les neurofibrilles restent bien conservées dans toute la hauteur de la moelle excepté les cornes latérales de la région du renflement lombo-sacré où la méthode argentique montre les phénomènes d'agglutination et, par places, de fragmentation de neurofibrilles.

Sur les coupes au Weigert on constate les mêmes altérations dans toute l'étendue de la moelle : amoindrissement de la quantité des cylindraxes dans la coupe transversale, surtout dans les cordons latéraux et postérieurs ; parmi les fibres qui sont restées on observe le même phénomène que dans le premier cas, mais d'un degré plus faible : les fibres minces et les fibres enflées dans leur coupe en largeur ayant la forme ressemblant à un carré.

Dans le bulbe on a trouvé les altérations dégénératives des cellules des noyaux des nerfs craniens et la prolifération névroglique.

Cas III. — En 1917 j'ai observé une jeune malade de 26 ans. Dans les 3 dernières années on a constaté chez elle les accès de syncope locale symétrique des extrémités de deux mains avec les douleurs. Au bout d'un an les mains devinrent bleu foncé, en même temps on a observé les mêmes accès de syncope. La sensibilité superficielle des régions atteintes diminua, puis disparut tout à fait.

Cette malade avait les symptômes de tuberculose ouverte, dont les conséquences furent sa mort à la fin de l'année 1917.

L'examen de la moelle épinière montra les différentes altérations des cellules nerveuses exclusivement dans les cornes latérales de la partie cervicale de la moelle, à savoir dans la plupart de ces cellules on put constater la chromatolyse de toute sorte et l'agglutination de neurofibrilles.

Dans les autres groupes de cette même hauteur, ainsi que dans tous les groupes des autres parties de la moelle, il n'y a été trouvé rien de pathologique.

Cas IV. — Malade âgée de 24 ans.

Pendant deux ans on a observé chez elle des accès de syncope locale des extrémités des deux mains. Peu à peu, commencèrent à se montrer des symptômes de sclérodactylie typique symétrique de deux côtés, accompagnée de mélanodermie aux avant-bras, aux bras et au cou.

Elle tomba malade de la dysenterie, dont elle mourut.

L'examen de la moelle montra les différentes altérations exclusivement des cellules des cornes latérales dans la région du renflement cervical du même type et de la même espèce que dans les cas précédents.

Les cellules de toutes les régions du cerveau, de la protubérance, du bulbe et du cervelet, sont tout à fait normales dans les cas III et IV.

Dans les cas cités les symptômes cliniques en question ont pour équivalent anatomo-pathologique les diverses altérations des cellules, exclusivement ou principalement dans les cornes latérales de la moelle épinière.

En certain rapport avec ces cas (surtout avec mon cas premier où on a observé le décubitus dans la région sacrée), il faut prendre en considération les matériaux cliniques et anatomiques de Broussilowski (1). Parmi 65 cas de sclérose en plaques, qui ont été soignés pendant 10 ans à la clinique des maladies nerveuses à Moscou, il n'y en eut que 4 cas avec des troubles trophiques en forme de décubitus. B. a fait l'examen anatomo-pathologique de ces 4 cas. En terminant son travail sur « Les troubles trophiques dans la sclérose en plaques et leur équivalent anatomo-pathologique », il fait les conclusions suivantes :

1. Les troubles trophiques en forme du décubitus dans la sclérose en plaques ont pour équivalent anatomo-pathologi-

(1) Broussilowski L. — *Revue neurologique*, avril 1904, p. 440-448.

que l'altération des cellules sympathiques dans les cornes latérales de la région lombaire de la moelle ; du degré de cette altération dépende l'amélioration possible du décubitus ou son développement progressif.

2. L'altération unilatérale des cellules des cornes latérales s'accompagne du développement du décubitus d'un seul côté, homolatéral au côté lésé de la moelle.

3. En considérant la localisation des troubles trophiques sous la forme du décubitus, constante dans la sclérose en plaques, Broussilowski la suppose aussi pour les autres affections spinales aux localisations dans la région lombaire (1).

Conclusion : Il existe un rapport entre la pathologie de la moelle épinière (et pour parler exactement entre sa corne latérale) avec la scérodermie et la maladie de Raynaud.

En réalité, nous ne pouvons insister strictement sur ce que nous avons dit, car il faut encore bien des observations cliniques et des recherches anatomo-pathologiques.

Voilà pourquoi nous considérons nos cas comme de modestes matériaux.

Discussion

M. Laignel-Lavastine. — Cette communication, très riche en faits, m'a beaucoup intéressé. D'abord la constatation de lésions dans le tractus intermedio-lateralis de la moelle épinière en rapport avec des angiospasmes aboutissant au syndrome de Raynaud chez des sclérodermiques confirme mes recherches expérimentales, faites avec M. Hallion, dans le laboratoire de François Franck sur les lésions chromatolytiques des mêmes parties de la moelle du chien consécutives à l'arrachement de la chaîne sympathique. Les deux méthodes concordent donc pour placer dans le tractus intermedio-lateralis des centres sympathiques vaso-moteurs.

D'autre part, une observation de M. Wladytzko avec épanchements péricardiques, pleurétiques et péritonéaux, rappelle tout à fait un cas de sclérodermie avec mélanodermie et polysérite scléreuse péricardique, pleurétique et péritonéale, que j'ai observée en 1903 et qui paraissait liée à un processus tuberculeux.

(1) Broussilowski L. — *Revue neurologique*, avril 1904, p. 440-448.

Les Facteurs endocriniens du caractère

Par M. Laignel-Lavastine

Je rappelle d'abord que je définis (1), avec Landouzy et Roger, le caractère, le mode psychologique du coefficient réactionnel individuel, le tempérament en étant le mode physiologique et la constitution, le mode morphologique. Je m'élève donc contre l'habitude prise d'employer le terme constitution pour désigner les caractères anormaux.

L'*éthologie,* science des caractères (ἦθος caractère) fondée par Stuart Mill en 1843, est déjà ancienne. Il n'y a donc pas lieu de se servir du néologisme *caractérologie* qui nous vient d'Allemagne.

Dès 1908, au congrès de Dijon (2), j'ai ébauché la conception des tempéraments liés à des modalités de certaines sécrétions internes et particulièrement, j'ai décrit les tempéraments hyperthyroïdiens et hypothyroïdiens. J'ai indiqué aussi leurs relations avec certaines variétés de caractères.

En 1914, dans un rapport (3) sur *sécrétions internes et système nerveux,* qui devait être présenté à Berne au *congrès international de psychiatrie et de psychologie*, j'ai posé le principe d'un *endocrino-diagnostic des tempéraments* comme base physiologique du diagnostic des caractères.

« Des coléreux, disais-je, ne le sont que par tempérament thyroïdien, comme des paresseux ne le sont que par hypoplasie surrénale. Cependant si souvent dans le caractère entre un facteur endocrinien, je ne dis pas qu'il en entre toujours et bien d'autres éléments jouent dans sa formation un rôle primordial. De plus, la *loi de constance* permet d'établir entre

---

(1) Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas. — *Pratique psychiatrique.* Baillière, Paris, 1919.

(2) Laignel-Lavastine. — Des troubles psychiques par perturbation des sécrétions internes. *Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes.* Paris, Masson, 1908.

(3) Laignel-Lavastine. — Sécrétions internes et système nerveux. *Revue de Médecine*, 1914-1915. Traduct. anglaise in : *The Journal of Nervous and Mental disease.* Trad. italienne.

série morphologique et série psychologique des relations qui ne soient pas causales. C'est ce qu'a entrevu Bergson dans son *Evolution créatrice,* quand il dit que telle disposition physiologique est une condition nécessaire, mais non suffisante de tel état psychique, et qu'il peut y avoir beaucoup d'états psychiques pour le même état physiologique de la matière cérébrale. »

Les sécrétions internes fournissent trois variétés de produits :

Les *hormones* (ὁρμάω, j'excite) substances excitantes telles que l'adrénaline, les *chalones* (χάλω, j'arrête) substances frénatrices, et les *harmozones* (ἁρμόζω, je règle) qui jouent un rôle dans le développement.

Un exemple de l'influence d'une *hormone* sur le caractère est fourni par la thyroïde.

La thyroïde est la glande endocrine, dont l'influence est la plus grande sur la vie psychique. Aussi a-t-on pu l'appeler, avec Brissaud, la glande de l'émotion.

Le syndrome de Basedow et l'hyperthyroïdie amènent des modifications dans le caractère. Les malades sont des émotifs, des inquiets, présentent une grande instabilité de l'humeur, ont souvent des réactions anxieuses et coléreuses, quelquefois très violentes.

L'hypofonctionnement de la thyroïde amène, au contraire, une apathie depuis longtemps classique. Les malades présentent cette somnolence, cette lenteur, cette absence de gestes et de réactions qui caractérisait le fameux « pacha de Bicêtre ».

Un exemple de l'influence d'une *chalone* sur le caractère est fourni par l'ovaire.

L'action de chalones ovariennes a été mise en évidence dans une expérience typique de Pézard. L'injection de testicule à des poules, après extirpation préalable des ovaires, entraîne une évolution vers le masculinisme. Mais, si on laisse les ovaires, cette évolution ne se produit pas. C'est que les chalones ovariennes, en jouant leur rôle de frein, ont empêché l'injection testiculaire de manifester son action.

Inversement, c'est à cause de la disparition des chalones ovariennes chez les femmes à la ménopause que l'on voit souvent leur menton se couvrir de poils plus ou moins vigou-

reux et que leur caractère devient quelquefois acariâtre. Ce type classique des belles-mères de certains vaudevilles apparaît donc comme un exemple de variation du caractère à facteur endocrinien.

Enfin un exemple de l'influence d'une *harmozone* sur le caractère est fourni par l'hypophyse. Qui n'a remarqué les troubles de l'harmonie morphologique et psychologique de l'époque de la puberté, tels qu'acromégalie fruste avec perturbations du caractère, qui paraissent bien liés à des modifications des sécrétions hypophysaires en corrélation avec l'évolution des glandes génitales ?

Ces exemples, que je donnais dans une leçon clinique, encore inédite, faite à la Pitié en décembre 1925 sur les facteurs endocriniens du caractère, ne sont que les chefs de file de beaucoup d'autres faits endocrino-psychiques, qui permettront dans l'avenir de compléter cette première ébauche du rôle des sécrétions internes dans la formation et l'évolution des caractères. Cette étude si passionnante est, parallèlement à mes recherches, poursuivie en Italie par mon collègue et ami, le Professeur Nicolas Pende, de Gênes.

Pour les continuer, il est nécessaire d'analyser les éléments des caractères, des tempéraments et des constitutions.

Ce qui me paraît dominer, pour définir le caractère, c'est l'ensemble des qualités réactionnelles de l'individu, qui constituent le *comportement* des Anglo-Saxons. Ce comportement, dépendant surtout de la sensibilité, de l'affectivité et de la réactivité neuro-musculaire et glandulaire du sujet et peu de son intelligence, je comprends ce caractère de la même manière que Spinoza comprenait l'appétit et Schopenhauer la volonté.

Les variations du caractère, envisagé sous cet angle, me paraissent se ramener essentiellement à deux séries de réactions : des *réactions musculo-striées* et des *réactions musculaires lisses*.

Les individus chez lesquels dominent les premières, sont des *moteurs*, des *actifs*.

Ceux chez lesquels dominent les secondes sont des *sympathiques*, des *émotifs*.

Ces deux sortes de réactions sont entre elles en général inversement proportionnelles. C'est ainsi que, chez un individu, une émotion violente, telle que la colère, par exemple,

est diminuée lorsqu'elle se traduit extérieurement par une série de mouvements.

Au contraire, lorsque des manifestations motrices font défaut, que l'individu « rentre son émotion », celle-ci est plus intense, dérive sur le sympathique et peut amener des perturbations dans l'organisme.

L'importance de cet élément du caractère dans la conduite des hommes est mise en valeur dans cette belle formule de Zénon : « Ἦθος ἔστι πηγὴ βίου αφ' ἧς αἱ κατὰ μερὸς, πραζὲις ρέουσι » (le caractère est la source de la vie, d'où, goutte à goutte, coulent les actions).

Dans ces derniers temps, *Kretschmer* a cru pouvoir établir des rapports directs entre certains types de caractères et certains types morphologiques. Cette idée de relations fixes entre telle constitution et tel caractère, qui, au premier abord, paraît de même ordre que l'idée des facteurs endocriniens du caractère, en diffère profondément.

Dans mes leçons du semestre d'hiver à la Pitié, en 1925, je me suis efforcé de montrer que les sécrétions internes jouaient un rôle important, d'une part, dans la morphologie, et, d'autre part, dans le déterminisme des caractères ; mais j'ai fait remarquer que, si classiquement on considère que le tempérament dérive de la constitution et que le caractère est lié au tempérament, il serait plus exact de dire que la constitution, comme le caractère, dérivent du tempérament.

En effet, de même qu'en cristallographie l'on sait que la disposition d'une facette assymétrique des cristaux d'acide tartrique est liée à l'architecture chimique qui fait dériver à droite ou à gauche la lumière polarisée, de même, en biologie, on peut remarquer une variation de structure consécutive à des modifications du milieu chimique de l'être vivant.

Les feuilles de la même espèce d'arbre sont, par exemple, différentes selon les climats, et ces différences paraissent fonction des conditions physiques déterminant l'équilibre de leurs atomes et de leurs molécules constitutionnels.

Je crois donc à la nécessité de commencer l'étude du coefficient réactionnel individuel par ses caractéristiques physiologiques, c'est-à-dire par les tempéraments, et de considérer que la constitution et le caractère sont en quelque sorte les deux branches d'un même tronc.

On conçoit alors que la constitution étant l'expression

morphologique et le caractère l'expression psychologique de la formule physico-chimique de l'être, on ne puisse pas établir de rapports constants entre telle constitution et tel caractère.

Récemment, en juin dernier, M. Wertheimer rappelait à la *Société médico-psychologique de Paris* que Kretschmer considérait que les maniaco-dépressifs étaient en général des *picniques,* c'est-à-dire des individus dans leur ensemble petits et trapus.

Or, immédiatement, dans ma mémoire, se sont levés des souvenirs d'un grand nombre de malades atteints de mélancolie intermittente et qui étaient loin de répondre à ce type morphologique, que Kretschmer qualifie de picnique.

Aussi, au travail de Wertheimer, portant sur les types morphologiques classés selon la terminologie de Kretschmer et relevés parmi les différentes variétés d'affections et d'anomalies mentales, j'ai cru être en droit de répondre ce qui me servira aujourd'hui de conclusion.

Les recherches de Kretschmer et de Wertheimer, portant sur la fréquence des coïncidences chez les mêmes individus de certains types morphologiques et psychologiques, sont importantes, parce qu'elles amorcent, en y apportant des précisions mathématiques, une question, dont l'étude remonte à la plus haute antiquité et est à la base de toutes les tentatives plus ou moins ésotériques du diagnostic des caractères par l'examen extérieur du corps ; mais les facteurs, qui doivent entrer en ligne de compte dans le déterminisme des tempéraments et des caractères, sont tellement nombreux et leurs relations réciproques sont si complexes, qu'il faut se méfier des synthèses hâtives, qui n'envisagent qu'une partie des facteurs multiples qui entrent dans le déterminisme des variations du *coefficient réactionnel individuel,* principal objet de la *biologie différentielle.*

Présentation d'un cas de paraplégie très grave par fracture du rachis guéri par la Laminectomie immédiate

Par M. Perret (de Montreux)

Privat-docent de Chirurgie à l'Université de Lausanne

Cet homme de 38 ans s'était fait, en septembre 1922, en tombant d'un noyer, une fracture par compression des 8e, 9e et 10e vertèbres dorsales, se manifestant par une kyphose en forme de dôme arrondi.

Mais ce qui caractérisait cette fracture sans dislocation du rachis, c'était la gravité des troubles médullaires qui l'accompagnaient et qui correspondaient à l'image classique de la section transverse totale de la moëlle. Seuls, un léger chatouillement ressenti à la plante des pieds, l'absence de priapisme et une légère dysesthésie thermique indiquaient qu'un reste de conductibilité persistait et que la moëlle n'était pas détruite, mais probablement seulement très fortement comprimée. A part celà, les paralysies motrices et sensibles étaient complètes, la vessie et l'intestin ne fonctionnaient pas, les réflexes cutanés et tendineux étaient abolis. Le réflexe cutané plantaire était par contre du type en extension lente. Cet accidenté fut laminectomié le jour même, exactement 12 h. après sa chute. Résection des arcs des 8e, 9e et 10e vertèbres dorsales. Sur une longueur de 7 cm., la moëlle est trouvée aplatie en ruban, exsangue, comme un nerf grand sciatique, et sans aucune pulsation. Sous l'arc de la 7e et 11e vertèbre, au contraire, la moëlle, normale, grise rouge, bat comme une grosse artère. Pendant toute la durée de l'opération, la moelle resta sans pulsations.

Exactement huit heures après cette opération décomprimante, la sensibilité tactile était revenue partiellement. Les jours suivants, on assiste au retour de la sensibilité doulou-

reuse, tandis que la sensibilité thermique ne se restaure que lentement et incomplètement. Pendant la première semaine, l'opéré avait été placé dans le décubitus ventral pour éviter une fistulisation de la plaie et, malgré les précautions prises, apparaissent de légers troubles trophiques sous forme de tâches rouges aux rotules, le long des tibïas et sur le dos des pieds. Mais il ne se forme qu'au genou droit une petite escarre très superficielle. Le 6e jour, l'opéré sent le besoin d'uriner, mais il n'urine spontanément que le 20e jour. La première selle spontanée survient le 22e jour. A la fin de la première semaine, la paralysie motrice flasque est remplacée par une paralysie spasmodique et les réflexes tendineux, abolis jusqu'alors, sont fortement exagérés. Le 16e jour, premiers mouvements actifs de flexion des orteils à la jambe gauche, trois jours plus tard à la jambe droite. Le 26e jour, flexion et extension des pieds. Le 40e jour, il soulève la jambe gauche étendue. La fracture ayant demandé deux mois pour sa consolidation, l'opéré quitte l'hôpital après deux mois et demi, marchant avec des cannes, passablement gêné par la spasmodicité des muscles des jambes. Lorsqu'il fut présenté, quatre mois après son accident, à la Société vaudoise de médecine, notre opéré marchait par contre sans canne avec aisance, il exécutait des génuflexions sans aide et travaillait aux champs. Les réflexes étaient encore exagérés, un certain degré de rigidité musculaire subsistait, ainsi que de la dysesthésie thermique.

Actuellement, c'est-à-dire trois ans et demi après l'intervention décomprimante, l'état général est excellent, le dos est droit, c'est à peine s'il se produit une voussure à la flexion du torse en avant, il soulève de terre un poids de 40 kg., il travaille debout toute la journée. L'automne passé, aux vendanges, il a porté une brantée de raisins de 75 kg. de la vigne au pressoir, parcourant ainsi à la montée un trajet de 15 minutes. Mais il ne pourrait pas descendre un chemin ou des escaliers avec un poids important sur les épaules. Il a le sentiment que ses genoux sont de coton et il est gêné à la descente par un reste de spasmodicité, qui fait que ses jambes se redressent comme des ressorts. La rigidité musculaire est plus prononcée lorsqu'il a été longtemps assis et lorsqu'il fait froid et humide. Par contre, la motricité de tous les muscles est complètement restaurée, tous les modes de

sensibilité sont normaux, la vessie et l'intestin fonctionnent parfaitement, le coit est possible une fois par mois.

L'examen des réflexes révèle des altérations profondes qui sont probablement définitives. Les réflexes abdominaux supérieurs sont légèrement exagérés, les inférieurs affaiblis. Les réflexes crémastériens sont normaux. Les réflexes patellaires sont fortement exagérés des deux côtés. Oppenheim positif. La réponse du réflexe métatarso-phalangé n'est pas celle observée dans le phénomène de Mendel-Bechterew, les 3e et 4e orteils ne se fléchissent pas, ils se déplacent latéralement en abduction. Le réflexe de Rossolimo est négatif.

Trois ans après l'opération, les réflexes plantaires sont fortement exagérés. Un simple frottement de la plante des pieds provoque un violent réflexe de défense. Si l'on irrite avec l'ongle le bord interne de la plante des pieds, on obtient à gauche un Babinski, à droite, par contre, la flexion plantaire du gros orteil. Une irritation un peu plus forte avec l'extrémité d'un porte-plume métallique donne à gauche un réflexe de défense, à droite la flexion plantaire du gros orteil. Le frottement du bord externe de la plante des pieds donne à gauche un réflexe de défense, à droite un Babinski.

Aujourd'hui, au contraire, vous constatez, Messieurs, que la réponse du réflexe cutané plantaire est, à gauche comme à droite, que l'on irrite le bord interne ou externe du pied, uniformément un Babinski.

Comme vous le voyez, Messieurs, la restauration fonctionnelle est complète pour ce qui concerne les sensibilités et la motilité. Les réponses des réflexes, par contre, sont pathologiques et témoignent de la persistance d'altérations intimes des faisceaux pyramidaux croisés.

Quoi qu'il en soit, si l'on considère que chez notre opéré la moelle, comprimée depuis douze heures, fut trouvée exsangue, aplatie en ruban, et que, même après avoir été complètement dégagée de son étau, les pulsations ne sont pas revenues, et, si l'on tient compte ensuite de l'apparition rapide des troubles trophiques et de la lenteur avec laquelle la motricité, la sensibilité des cordons latéraux, la miction et la défécation spontanées se sont restaurées, *on conviendra que la moelle avait subi l'ultime degré de compression encore susceptible de régénération, et que, sans intervention décomprimante immédiate, les symptômes déficitaires du début, qui*

étaient ceux d'une transsection totale, seraient certainement devenus permanents, puisque la compression devait infailliblement s'aggraver avec la formation des cals.

Ce cas illustre donc de façon heureuse la valeur et l'importance de la laminectomie précoce.

Or, les neurologues et les chirurgiens sont aujourd'hui unanimes à déclarer que la laminectomie immédiate est indiquée dans tous les cas récents de traumatisme du rachis provoquant par compression ou contusion des lésions médullaires partielles, radiculaires ou caudales. Leur devoir est de renseigner le corps médical et de convaincre les praticiens qui sont appelés les premiers auprès de ces accidentés, que la laminectomie précoce peut, dans des circonstances favorables, révélées par un examen neurologique précis, sauver les paraplégiques traumatiques et, par conséquent, que cette opération n'est, dans ces cas particuliers, pas seulement autorisée, mais qu'elle s'impose *comme un devoir professionnel,* au même titre que la laparatomie pour une hernie étranglée, une appendicite aiguë, une perforation d'ulcère, une pancréatite aiguë ou une rupture de grossesse extra-utérine.

Un cas de « Microcéphalia vera »

(Projections)

Par M. H. Brunschweiler (de Lausanne)

Cas d'une extrême rareté. Magnifique exemple de microcéphalie lissencéphale de type macrogyrique, sans aucun processus pathologique d'ordre général, chez un enfant ayant vécu deux années.

A l'exception de la monstrueuse épaisseur de la couche corticale, nous avons retrouvé, dans ces hémisphères cérébraux, tant au point de vue des formes extérieures qu'au point de vue cytologique, l'ordonnance architectonique d'une époque embryonnaire déterminée. La configuration extérieure, la composition histologique de ce cerveau correspondent, dans les grandes lignes, à celles du cerveau fœtal du 4e mois. Nous avons donc à faire, en ce qui concerne les hémisphères, à une fixation définitive, à une sorte de « cristallisation » d'une phase de l'évolution embryonnaire, sans aucune lésion inflammatoire ou autre processus pathologique d'ordre général. C'est donc un arrêt essentiel de développement.

L'étude de ce cas fourmille de constatations instructives, dont nous ne pouvons citer ici que quelques-unes. Par exemple, nous avons vu que, pendant que des formations nerveuses cessent d'évoluer, d'autres continuent, et non pas d'une façon arbitraire, mais comme en suivant un plan, comme si la nature sauvegardait d'abord les organes les plus immédiatement nécessaires à la vie, comme par exemple le tronc cérébral, étonnamment bien développé par rapport aux hémisphères cérébraux si primitifs. Et, dans le tronc cérébral lui-même, c'est l'olive (organe le plus hautement différencié du tronc cérébral), qui est la plus mal constituée.

Quant aux plexus ventriculaires, on doit se demander s'il n'existe pas un rapport étroit entre le degré de développement d'un plexus et le degré de développement de la partie correspondante de l'encéphale en voyant que le plexus du 4e ventricule correspond presque à un plexus normal et que le tronc

cérébral (dont la nutrition dépend de ce plexus) est relativement bien conservé, tandis que les plexus des ventricules latéraux sont restés embryonnaires et que les hémisphères cérébraux, dont la nutrition dépend de ces plexus, ont subi un pareil arrêt de développement. Et ne voyons-nous pas cette tendance de réserver les forces à disposition pour les organes les plus immédiatement nécessaires à la vie se manifester déjà dans les organes nourriciers que sont vraisemblablement les plexus ventriculaires ?

Et le cervelet, dont la nutrition dépend aussi du plexus du 4e ventricule, est aussi beaucoup mieux constitué que les hémisphères cérébraux.

Au sujet des hétérotopies, dont nous avons pu étudier un certain nombre ici, rappelons-nous que ce sont des formations de substance grise siégeant dans des endroits où, normalement, il n'y a pas de substance grise ; et rappelons-nous aussi que la partie la plus importante de l'évolution embryonnaire de la substance grise se fait par prolifération, migration, disposition et différenciation de cellules. Les hétérotopies sont du matériel cellulaire qui s'est arrêté dans sa marche en avant et n'a pas atteint la région à la formation de laquelle il était destiné ; de ce fait, il arrive parfois, comme notre cervelet nous en montre deux beaux exemples, que la région à laquelle manque ce matériel cellulaire présente des lacunes proportionnellement correspondantes à l'étendue de la masse hétérotopique.

Nous avons pu voir comment se comportent les éléments nerveux en face de ces arrêts de développement : parfois, nous avons rencontré une tendance à aller aussi loin que possible dans les chemins habituels, comme dans certaines hétérotopies, où les cellules cherchent encore à vivre la vie la plus différenciée qui soit encore possible dans ces conditions perturbées, et s'organisent, à des degrés divers, mais selon les lois qu'elles auraient suivies si elles avaient atteint leur but. D'autres fois, le protoplasma semble être doué de forces novatrices et tenter de s'adapter à des conditions nouvelles en improvisant des solutions neuves, comme, par exemple, dans certains trajets de fibres qui, ne pouvant utiliser leurs voies habituelles, semblent essayer de faire un détour pour aller tout de même vers leur but ; ou bien dans certains groupements de cellules qui forment de petites colonies primitives adaptées à l'ambiance plus simple ; et, surtout,

dans une formation hétérotopique extraordinaire, siégeant en plein pôle frontal et n'ayant pourtant aucun des caractères de la substance grise du cortex cérébral, mais bien ceux de l'olive et du noyau dentelé.

Quant à l'épaisseur extraordinaire de notre cortex, elle n'est pas entièrement expliquée par le développement considérable d'une substance interstitielle très primitive. Mais l'examen histologique des parties profondes de notre cortex nous a montré l'identité de leur composition avec celle de certaines hétérotopies très primitives et celle des parties profondes de la paroi hémisphérique du 4e mois embryonnaire; de plus, l'étude de la prolifération cellulaire et de ses arrêts nous a montré que, si la prolifération est arrêtée sur tout l'épendyme, nous aurons le maximum possible d'hétérotopie, et nous avons vu que les parties profondes de notre cortex devaient être assimilées à une vaste hétérotopie.

Quant à certaines plaques épendymaires, elles témoignent qu'une altération du protoplasma s'est manifestée avant toute formation de substance nerveuse proprement dite. Et ceci touche à la question des voies protoplasmatiques préformées, qui serviraient de canevas au cheminement des cellules et des cylindres-axes. Et on peut entrevoir la possibilité que, dans certaines malformations cérébrales, le premier défaut tectonique ait sa racine dans une altération de la texture représentée par les ponts protoplasmatiques qui relient les cellules entre elles avant qu'il y ait formation de fibrilles.

Notre cas nous a donc montré que des arrêts de développement peuvent exister très purement en dehors de tout processus pathologique d'ordre général, tels que méningite, encéphalite, altération vasculaire, formation kystique, etc., etc. Et nous voyons, une fois de plus, combien sont justes les théories de v. Monakow, qui voient le principe de la tératologie du système nerveux central dans les arrêts de développement.

Mais ce cas ne nous a rien montré quant à la cause initiale de ces arrêts de développement, que nous qualifions d'essentiels. Le plus probable est qu'il s'agit d'une cause purement endogène, d'une altération du germe lui-même, préexistant au tissu embryonnaire ou naissant avec lui. Ce sont, avant tout, des facteurs d'ordre toxique tels que alcool, syphilis, toxines des échanges nutritifs, ainsi que l'ensemble des facteurs pouvant transmettre une tare héréditaire.

Contribution à l'étiologie de la malformation mongoloïde

Par M. Van der Scheer (de Santpoort, Hollande)

J'ai élaboré d'après la méthode statistique les données étiologiques de trois cent cinquante cas de mongolisme observés en Hollande.

En m'appuyant sur des recherches, je tâcherai de défendre l'hypothèse qu'il faut chercher la cause de la malformation mongoloïde dans l'état de la muqueuse utérine.

Dans cinquante-six pour cent des cas, l'idiot du type mongol est dernier-né et dans quarante-cinq pour cent des cas, la mère avait atteint plus de quarante ans à la naissance du mongoloïde. J'ai contrôlé aussi l'âge des pères et comparé les pourcentages de naissance des mongoloïdes dans les périodes différentes d'âge de la mère et du père avec ceux d'un million trois cent mille enfants normaux en Hollande (dans les Pays-Bas). Ce graphique-ci vous explique cette comparaison. (Graphique I).

Sur l'horizontale j'ai placé les périodes d'âge, sur la verticale les pourcentages de naissance.

Pour les normaux, les sommets de la mère et du père sont à peu près de la même hauteur. Tandis que le sommet des pères se trouve dans la période d'âge de trente à trente-cinq ans, celui des mères se trouve dans la période de vingt-cinq à vingt-neuf ans.

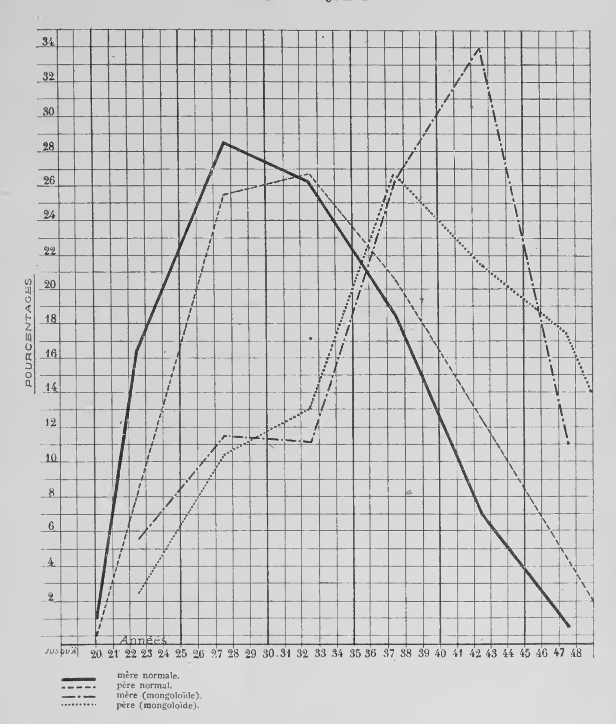
Chez les mongoloïdes il y a au contraire une grande différence :

1° Le sommet des mères se trouve plus haut, dans la période de quarante à quarante-cinq ans, donc quinze ans plus tard, tandis que le sommet des pères est presque de la même hauteur que celui des normaux ; il n'est déplacé que d'une période d'âge de cinq ans.

Vu que chaque pourcentage élevé de mères âgées doit influencer fatalement le pourcentage des pères d'un âge avancé, le fait que les âges des pères sont restés à un niveau très inférieur à celui des mères, doit être considéré comme

étant d'une importance extraordinaire, puisque pour les pères la différence d'avec la normale est minime.

GRAPHIQUE I



Ceci nous amène à la conclusion importante que non seulement l'âge du père n'a point d'influence, mais aussi que l'âge de la mère ayant une importanec prépondérante, il faut nier l'influence du père. *La mère seule est en cause.*

Le fait que cinquante-six pour cent des mongoloïdes sont derniers-nés, indique un facteur qui entrave des procréations ultérieures, et vu que le pourcentage des mères ayant dépassé la quarantaine est plus restreint que le pourcentage des derniers-nés, il faut admettre un facteur nuisible, entravant la procréation, facteur qui trouve des conditions favorables de développement dans le fait que la femme avance en âge, mais sans que la période de ménopause en elle-même, en soit la cause.

Cette hypothèse se confirme par les résultats suivants de mes recherches :

1° Un examen portant spécialement sur ce point, montra qu'un espace de cinq ans entre le dernier-né et l'enfant précédent, se trouve déjà deux fois plus fréquemment et un espace de neuf ans et au-dessus, dix fois plus fréquemment chez les mongoloïdes que chez les normaux. L'idiot mongoloïde n'est donc pas seulement souvent dernier-né, mais aussi enfant tard venu. Ceci est une indication puissante pour l'interprétation qu'il faut admettre un facteur dans l'organisme maternel, empêchant la fécondation.

Tableau II

Espace entre le dernier-né et l'enfant précédent chez des Mères dépassées la quarantaine

de 1.570 derniers-nés normaux			de 91 derniers-nés mongoloïdes		
1 an......	299 = 19.05 %		1 an......	10 = 11 %	
2 ans.....	586 = 37.32 %		2 ans.....	17 = 18.68 %	
3 —	294 = 18.73 %		3 —	18 = 19.78 %	
4 —	183 = 11.65 %		4 —	11 = 12.08 %	
5 —	95 = 6.05 %		5 —	9 = 10.— %	
6 —	43 = 2.74 %	7.2 %	6 —	6 = 6.59 %	28.56 %
7 —	36 = 2.29 %		7 —	6 = 6.59 %	
8 —	14 = 0.9 %		8 —	3 = 3.3 %	
Plus de 9 ans	20 = 1.27 %		Plus de 9 ans	11 = 12.08 %	

2° La syphilis, la tuberculose et l'alcoolisme sont extrêmement rares chez les parents des mongoloïdes ; néanmoins le

nombre de fausses-couches et d'enfants mort-nés est au moins aussi grand dans ces familles que dans celles qui sont affligées d'une des trois tares ci-dessus.

Ce fait indique également l'existence d'un facteur entravant la procréation, mais cette hypothèse reçoit encore une confirmation du fait que dans les familles de mongoloïdes les autres enfants sont fréquemment atteints de malformations ou d'anomalies congénitales.

Parmi les 239 familles que j'ai examinées à ce point de vue, j'ai trouvé 25 fois une grave malformation chez un des autres enfants.

Vous trouverez sur ce tableau la nature des malformations et la succession des divers accouchements dans chaque famille.

Tableau III

Malformations dans les Familles des Mongoloïdes

498	HvA	♀	_ _ _ / _ ◪ ■ _ ◪	Pes equin. cong.
262	TdH.	♀	□ □ □ □ □ ◪ ■	Anencephalus.
394	E B	♀	□ □ □ □ □ □ _ □ ■ □ ◪ □ □ □ _	Vitium cordis cong.
406	J.F	♀	◪ _ ■	Syndaktylie.
426	W W	♀	◪ □ □ _ _ _ _ _ □ _ _ _ □ _ □ _ □ / _ □ □ ◪ □ ■	Auriculae diff.
512.	A K	♀	◪ □ □ ◪ □ _ ■ □	Dig. V curv.
519	RvD	♀	◪ ■	Lob. auric. fiss.
526	H T.	♂	◪ □ □ □ _ □ ■ □	Luxatio coxae cong.
255	C.W	♂	□ _ ◪ □ □ ■	Vitium cordis cong.
252	H G	♀	□ □ □ □ ◪ □ □ □ □ □ □ _ □ ■	Pes equin. cong.
244	J K.	♂	□ _ □ _ □ _ □ _ ◪ _ ■ _ _	Vitium cordis cong.
183	LvdW	♂	□ □ □ □ ◪ ■ ◪ □ □ □ □	Ect.ves-def.sphinc.ves.
156	SdJ	♀	□ / □ □ □ □ □ □ ◪ ■ □	Hydroceph. cong.
142	G S	♂	□ □ □ □ / □ ■ □ ◪	Vitium cordis (cong.)?
138	J.J.	♂	□ □ □ □ □ ◪ _ □ ■	Vitium cordis cong.?
111	A S	♂	□ _ _ ◪ □ ■ _	Spina bifida.
25	M B	♀	◪ □ _ □ □ □ _ □ ■ □ □	Difformatio gravis.
215	DJT	♂	□ □ □ □ □ ◪ ◪ □ ■ □ □ □ □	Polydaktylie.
276	A P	♀	□ □ ◪ ■ □	Luxatio coxae cong.
285	H L	♀	□ □ □ □ ◪ □ □ □ □ ■	Vitium cordis cong.
307	MvW	♂	◪ □ □ _ _ □ □ □ □ _ _ □ _ □ □ □ □ ■	Pes equin. cong.
393	JCW	♂	/ □ □ / □ / □ □ ◪ ◪ ■	Lithopaedion.
342	C P	♀	□ _ ◪ □ □ □ □ □ □ ■ □ _	Spina bifida.
354	W K	♀	□ □ ◪ □ _ □ ■ □	Spina bifida.
450	AvD	♀	□ □ □ □ □ □ □ ■ ◪	Mola carnosa.

□ Normal. ◪ Malformation. ■ Mongoloïde. / Mort-né. _ Abortus.

De ce qui précède, il résulte qu'il faut admettre non seulement un facteur nocif entravant la procréation, mais aussi un facteur causal très spécifique et il est à supposer que la nature du facteur spécifique, qui provoque le mongolisme, est de

même espèce que celle qui empêche les grossesses ultérieures et qu'elle est identique à celle qui produit les autres malformations ou anomalies congénitales dans la famille.

Cette hypothèse d'un facteur causal spécifique trouve à son tour appui dans ma constatation que dans les familles mongoloïdes les autres formes d'imbécilité sont très rares, et pour la plupart des cas ces imbéciles sont des mongoloïdes.

Parmi les 338 cas, j'ai trouvé 12 familles avec plusieurs imbéciles, 7 fois l'imbécile était un mongoloïde.

Comme nous sommes conduits à admettre l'existence d'un facteur causal nettement spécifique, lié à la mère, on pense tout naturellement à l'hérédité en premier lieu.

Mes recherches ne donnent qu'un résultat négatif à ce point de vue :

1° Parmi les 347 familles examinées, l'affection n'est familiale que de façon tout à fait exceptionnelle.

2° Je n'ai constaté que deux fois le mongolisme chez des cousins germains.

3° La statistique a démontré que, dans notre pays, la consanguinité des parents n'est pas moins fréquente chez les parents d'enfants normaux que chez les parents des mongoloïdes.

4° Dans les quelques familles où le mongolisme affecte l'allure familiale, il n'y avait aucune consanguinité des parents. Ainsi le rôle du facteur héréditaire ne peut être démontré.

En se basant sur toutes les constatations mentionnées ci-dessus, il ne faut chercher le facteur spécifique que dans l'organisme maternel.

L'hypothèse d'une toxine, circulant dans le corps maternel pendant la grossesse, peut-être écartée, parce que parfois, lors d'un accouchement gémellaire, un enfant fut normal et l'autre mongoloïde.

Il faut donc admettre, soit un *vitium primæ formationis,* c'est alors un trouble de la cellule-œuf, soit une altération de la condition locale de l'utérus.

En acceptant un *vitium primæ formationis,* nous ne faisons que transformer en hypothèse invérifiable tous les symptômes constatables du mongolisme, n'expliquant rien de tous les résultats de mes recherches.

Mais si, au contraire, nous admettons la supposition très vraisemblable qu'en premier lieu il faudra un milieu de développement normal, afin que l'œuf puisse bien s'implanter et se développer normalement dans la suite, ce qui pour l'être humain signifie la nécessité d'une muqueuse utérine normale, presque toutes les observations étiologiques sont compréhensibles.

Ni les fausses-couches, ni les malformations chez d'autres enfants de la famille, ni le fait que les mongoloïdes sont souvent des enfants tard-venus, ni l'observation que 56 0/0 des mongoloïdes sont derniers-nés, ni l'observation que, au fur et à mesure que la mère avance en âge, elle a plus de chance de procréer un mongoloïde, ne sont incompréhensibles, en acceptant l'hypothèse d'une altération locale de la muqueuse utérine, qui entrave une bonne implantation de l'œuf.

L'année passé, j'ai tâché de défendre dans une séance de ce Congrès de Paris, l'hypothèse qu'il faut classer l'idiotie mongoloïde parmi la série des malformations où les défectuosités médianes du crâne conditionnent le syndrome et que cette malformation mongoloïde pourrait être causée par un rétrécissement du sac amniotique.

Cette hypothèse se fondait sur la constatation d'anomalies morphologiques rencontrées dans cent cinquante cas de mongolisme.

L'étude de mon matériel, par une méthode tout à fait différente, c'est-à-dire par la méthode statistique et anamnestique, m'a amené à envisager l'hypothèse que la cause de la malformation mongoloïde doit être recherchée dans les affections et les anomalies de l'utérus et de ses membranes.

Deux méthodes d'examen, totalement différentes, nous ont conduit à envisager deux hypothèses qui, en réalité, peuvent être réunies en une seule. Pour cela il nous suffit d'admettre que pour un développement normal des membranes fœtales, tout comme pour un développement normal de l'embryon, une muqueuse utérine normale et saine est indispensable.

La question de l'étiologie du mongolisme se trouve ainsi ramenée au problème de savoir de quelle manière surgissent les affections de l'utérus et de ses membranes qui conduisent à une implantation vicieuse de l'œuf fécondé.

Sur quelques particularités des réflexes au cours de la névraxite épidémique à évolution prolongée

Par MM. Euzière et Pagès

Nous désirons attirer l'attention sur deux particularités que nous a révélées l'étude des réflexes dans un nombre important de cas de névraxite épidémique à évolution prolongée. Elles nous paraissent intéressantes en raison de l'appui que parfois elles peuvent apporter à l'établissement d'un diagnostic difficile.

I. Tout d'abord la *variabilité des réflexes*. Il est fréquent en effet qu'après avoir noté, à un premier examen, une diminution ou une abolition des réflexes on les trouve à une exploration ultérieure normaux ou exagérés. Le fait avait déjà été signalé par Achard et ses élèves, par Gosset et Gutmann. L'inverse peut également s'observer et tel réflexe trouvé le matin vif et parfois polycinétique, apparaît le soir comme diminué.

Ces modifications se produisent quelquefois à des intervalles extrêmement rapprochés. Elles portent surtout sur les réflexes tendineux, mais les réflexes cutanés et les périostés peuvent également donner des réponses discordantes.

II. *Une deuxième particularité, c'est l'influence de la sommation des excitations sur l'apparition de certains signes.* Dans tel cas, des réflexes rotuliens qui avaient paru faibles à la première percussion, s'exaltaient de plus en plus à mesure qu'on répétait la manœuvre. Le plus souvent le phénomène apparaît lors de la recherche du clonus du pied ou de la rotule.

Nous avons rencontré ces deux particularités dans toutes les formes de névraxite épidémique prolongée, mais plus particulièrement dans les formes dites basses.

Il est bien entendu que nous nous sommes placés pour faire ces constatations dans des conditions de technique aussi

parfaites et aussi comparables que possible, et que d'autre part nous ne prétendons pas présenter ces particularités comme absolument pathognomoniques. Elles peuvent se rencontrer dans d'autres affections et Grasset notamment avait signalé cette même variabilité des réflexes dans la sclérose en plaques. Mais il nous paraît que c'est dans les névraxites épidémiques anciennes qu'on les rencontre le plus fréquemment et avec le plus de netteté. Nous estimons que les troubles spéciaux des réflexes sur lesquels nous attirons l'attention, ont une valeur séméiologique au moins aussi grande que les paralysies oculaires de fonction, ces dernières étant elles-mêmes sujettes, comme nous avons pu nous en rendre compte, à de grandes variations suivant les moments de l'examen.

Pour expliquer ces particularités, nous n'avons à apporter que des hypothèses, mais il en est une qui nous paraît tout à fait plausible. C'est celle qui fait intervenir comme lésion anatomique essentielle de la névraxite épidémique, la dégénérescence muqueuse du système nerveux étudiée par Grynfeltt et ses élèves. On sait que ce processus dégénératif, spécial à la névroglie interfasciculaire des centres et aux cellules de Swann des conducteurs périphériques, peut empiéter sur les zones ganglionnaires ou les faisceaux nerveux voisins, qu'elle est l'objet d'un drainage constant vers les espaces sous-arachnoïdiens et les lacs ventriculaires ; peut-être même peut-elle atteindre la plaque motrice neuro-musculaire, puisque Turchini, dans des recherches encore inédites, a pu montrer l'identité de structure et partant de nature des éléments de la sole de cette plaque motrice et des cellules oligodendrogliques.

Il nous semble assez aisé de comprendre que de telles lésions puissent interrompre pour un temps un arc réflexe ou empêcher une excitation unique d'entraîner une réponse qu'une répétition de l'excitation fera apparaître nettement. Une nappe muqueuse peut par son cheminement dans le faisceau pyramidal en réaliser une irritation qui se traduira cliniquement par un signe de Babinski ou un clonus ou un signe de Mendel transitoires ; elle peut aussi, puisqu'il est acquis que le signe de l'extension de l'orteil peut apparaître au cours de lésions du neurone moteur périphérique, entraîner les différences de chronaxie entre extenseurs et fléchisseurs, par lesquelles Bourguignon explique l'apparition de ce signe.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru utile de souligner ces quelques particularités qui peuvent aider à dépister une affection que son polymorphisme extrême rend parfois d'un diagnostic si difficile.

M. le Dr Crouzon. — Je suis heureux de m'associer aux conclusions de M. Euzière en ce qui concerne la variabilité des réflexes tendineux dans l'encéphalite épidémique. Je pense qu'il s'agit-là d'un phénomène qui a une grande valeur, spécialement au point de vue du diagnostic différentiel entre cette affection et la sclérose en plaques. Dans certains cas en effet, on pourrait croire à une poussée aiguë de sclérose en plaques au début (j'en ai observé récemment un exemple avec quelques collègues). Or la rétrocession des troubles des réflexes est le fait de l'encéphalite épidémique et peut être un argument pour le diagnostic de cette maladie.

III. COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE

A. COMMUNICATIONS CONCERNANT LA THÉRAPEUTIQUE PAR LE TRAVAIL

L'Organisation du travail des Aliénés à l'Asile de Cery (près Lausanne)

Par M. Preisig (de Céry-Lausanne)

Comme introduction à la visite de l'asile, le Dr Preisig expose comment est organisé à Cery le travail des malades.

Les uns sont occupés, en groupes compacts avec surveillance, ou isolés, aux travaux de la ferme et du jardin. D'autres fonctionnent comme aides dans différents services de l'Economat : lingerie, cuisine, ateliers.

En division, le service de propreté, la préparation de légumes pour la cuisine, le charponnage du crin, la couture, le tricotage, le repassage intéressent beaucoup de malades, ainsi que le tri de graines fourragères (esparcette et pimprenelle, trèfle) ou de pois, haricots, etc... Les tris peuvent être effectués par les malades alités. Le plus grand nombre sont occupés à la fabrication industrielle de sacs en papier et de cartonnages, occupation qui donne à beaucoup de quartiers de malades debout — agités compris — l'aspect d'un atelier. Certains malades font aussi de petites reliures, tissent des nattes de

coco, ou fabriquent des tapis de cuir. Un homme manœuvre une petite presse d'imprimerie. Quelquefois, il y a aussi de l'occupation pour un vannier, ou, hôrs de la division, pour un groupe de casseurs de pierres ou de coupeurs de bois.

Il n'y a pas de pécule alloué aux malades travailleurs. Le travail est récompensé en nature (tabac, fromage, confitures, chocolat) (1).

La proportion moyenne des malades travailleurs est de 75 0/0 environ de l'effectif total (84,6 0/0 des femmes, et 67,7 0/0 des hommes pour l'année 1925). L'organisation du travail des malades combiné avec le traitement au lit est un puissant élément d'ordre et de tranquillité.

(1) Les bénéfices réalisés grâce aux travaux industriels vont à agrémenter les fêtes, à la location de films pour le cinéma, à des excursions, etc...

Le Traitement des Aliénés par le travail

Par M. Schiller
Directeur de l'Asile de Wil (St-Gall)

Le traitement par le travail est certainement aussi vieux que la psychiatrie pratique ; elle fut déjà employée par les Arabes en Espagne. Dans la psychiatrie moderne, elle jouit d'une faveur spéciale de la part des aliénistes. En parlant de mes expériences personnelles, je cite d'abord mes premières impressions que j'ai reçues en 1888 entrant comme médecin assistant au Burghölzli (Zurich) dirigé alors par mon grand maître Auguste Forel. J'eu l'occasion de constater les bienfaits de l'occupation manuelle chez les malades valides et inoffensifs qu'on pouvait occuper dehors ou dans les ateliers ; mais ceux dont leur état ne permettait pas qu'ils quittent la division étaient plus ou moins abandonnées à leurs stéréotypies et à leur délire. Je trouvai une situation à peu près analogue plus tard à Préfargier. Mais en 1891, entrant comme assistant à l'asile de St-Pirminsberg, j'eu l'occasion de voir des progrès sérieux dans l'application de la méthode. Le directeur Laufer y avait installé des salles de couture dans chaque division des femmes, même chez les femmes agitées. Dans la division des hommes, les malades furent occupés au tressage des paillassons. Appelé en 1892 à la direction du nouvel asile de Wil, je m'empressai de suivre le chemin tracé par mon maître Laufer et de développer encore la méthode. Chez les femmes, la tâche était relativement facile, chez les hommes, il était beaucoup plus difficile de trouver des occupations à l'intérieur des divisions. Chez les femmes, on installa des salles de couture et de pelage ; chez les hommes, quelques ateliers de menuiserie, de peinture et de sellier furent installés. Mais pour beaucoup de catatoniques, oligophrènes, schizophréniques, il fallut encore trouver des travaux plus simples pour les arracher à leur stéréotypies et à leur autisme. M. Koller, alors pasteur évangélique de l'asile, eut l'excellente

idée de me conseiller d'entreprendre la fabrication de boîtes à cirage en bois. Ce travail très facile put être introduit dans toute les divisions. Depuis ces années, le nombre de nos travailleurs a sans cesse augmenté. Actuellement, sur une population de 880 malades il y en a environ 80 0/0 qui travaillent régulièrement. D'autres manufactures sont venues s'ajouter. Actuellement, le travail en division consiste en :

1° fabrication de cornets (sacs en papier) ;

2° fabrication de tapis de cuir en utilisant des déchets de cuir ;

3° fabrication de boîtes à cirage en bois.

Chacune de ces fabrications se divise en plusieurs phases plus ou moins difficiles et demandant plus ou moins d'habileté, d'attention ou de forces. Il en résulte l'application d'un Taylorisme très prononcé : on peut attribuer à chaque malade un travail qui correspond à ses aptitudes personnelles, au chizophrène relativement intelligent comme à l'idiot. Ainsi nous arrivons à arracher les déments précoces à leur négativisme et à leur apathie ; les stéréotypies et les attitudes catatoniques diminuent considérablement ; le travail les transforme en pensionnaires calmes et dociles. Les hallucinés qui au début se sauvent encore de temps en temps dans un coin pour répondre à leur voix, s'en détournent de plus en plus. L'influence est très bienfaisante aussi chez les aliénés criminels qui deviennent des ouvriers inoffensifs. L'aspect des divisions des agités change complètement, les explosions affectives, les impulsions agressives sur le personnel deviennent très rares.

La thérapeutique du travail doit être appliquée chaque fois qu'une poussée aiguë de manie, de mélancolie ou de catatonie paraît s'approcher de son déclin et on ne doit pas se laisser décourager par des rechutes.

Chez les confus et les hallucinés, il aide à reprendre le contact avec la vie normale. Chez les chroniques et les déments organiques la supériorité du traitement par le travail sur celui au lit est évident. Il donne certainement plus de travail à tout le personnel, il faut beaucoup de patience, de diplomatie car la thérapeutique par le travail correspond à une véritable rééducation. Elle aide efficacement à combattre toutes les mauvaises habitudes, les malpropretés de nos déments

et elle conduit insensiblement vers la porte de sortie les malades capables d'une amélioration suffisante. Un asile moderne ne peut pas exister sans travail. Il doit intervenir le plus tôt possible d'abord soigneusement dosé en division, puis en dehors de la division, au jardin, dans les ateliers et à la campagne. Les bons travailleurs sont encouragés par des extras, du tabac, plateau des infirmiers, promenades, sorties libres etc.

Le travail agit parce qu'il canalise l'automatisme dans une bonne direction, il fait reprendre l'alternance normale de mouvement et de repos ; il combat l'ennui.

Je n'ai jamais eu d'accident avec les instruments confiés à mes malades. Cela nécessite évidemment une surveillance régulière, une attention sans cesse de la part du personnel et des médecins, il faut avant tout savoir individualiser. La sécurité est certainement augmentée par l'abstinence totale de toute boisson alcoolique imposée aux malades d'une façon permanente et au personnel à l'asile. L'utilité du travail encourage les malades. En 1925, 83 0/0 des hommes et 75 0/0 des femmes travaillaient, tandis que le traitement au lit n'était appliqué qu'à 15 0/0, il reste réservé aux sitiophobes, aux anxieux agités, aux séniles infirmes. Ce résultat ne peut être obtenu que si nous cherchons sans relâche pour chaque malade l'occupation la mieux adaptée.

Note sur le Travail par petits ateliers à la 3[e] section de l'Asile de Villejuif

Par M. Calmels

La 3[e] Section de l'asile de Villejuif créée et organisée en 1910, par le D[r] Colin, dirigée actuellement par le D[r] Guiraud, est destinée au traitement des aliénés difficiles qui se divisent en trois catégories :

1° les habitués des asiles, malades à internements et à condamnations multiples, comprenant les débiles moraux, les alcooliques transitoires, les épileptiques à crises rares ;

2° les alcooliques et les épileptiques à réactions dangereuses et violentes ;

3° les malades délirants qui, sous l'influence de leurs tendances impulsives et dangereuses, ont commis des actes antisociaux graves. On se rend compte que tous ces malades, à peu d'exceptions près, ne sont ni très délirants, ni trop affaiblis au point de vue intellectuel et physique. La claustration prolongée dans l'inactivité d'un groupement de pareils individus risquait d'avoir beaucoup d'inconvénients : irritabilité par désœuvrement, évasions ou violences longuement et collectivement concertées, troubles mentaux surajoutés comparables aux psychoses de détention. Une organisation judicieuse du travail ne pouvait avoir que d'excellents résultats comme distraction et comme traitement moral. Mais la question devait aussi être envisagée au point de vue social. Le travail des malades de la 3[e] section n'est pas une simple distraction, il doit être productif et son rendement doit compenser dans la plus large mesure possible, les frais occasionnés par leur assistance.

Organisation du travail

Pour des malades ayant une forte tendance à l'évasion et aux réactions dangereuses, il ne saurait être question de tra-

vail agricole qui, dans les asiles en général, reste le plus pratique et le plus productif. Il ne peut s'agir que de travail effectué à l'intérieur. Les objets à confectionner doivent pouvoir être utilisés par des établissements similaires (autres asiles de la Seine, hospices de vieillards, etc.). Tous les autres systèmes nous paraissent peu admissibles. Un établissement d'assistance ne peut sans activer des réclamations justifiées faire concurrence à l'industrie privée en mettant en vente des objets fabriqués par ses malades ; d'autre part, s'il accepte de les fabriquer pour un entrepreneur moyennant un prix de confection par unité, il est obligé de lui abandonner la presque totalité du bénéfice. Mais les objets consommés par un ou plusieurs asiles d'aliénés sont assez nombreux et de nature assez variée pour maintenir l'activité de petits ateliers. Parmi ces objets, nous citons : les chaussons à semelles en cuir, les bas ou les chaussettes en laine ou en coton, les reliures pour la bibliothèque des malades et la bibliothèque médicale, les chaises à réparer ou à rempailler. Tels sont les principaux travaux réalisés à la 3e section.

La distribution des locaux nécessite des précautions particulières. Il faut éviter les vastes ateliers avec nombreux malades pourvus d'un matériel parfois dangereux pour les surveillants. Le procédé employé dès le début par le Dr Colin a permis d'éviter jusqu'ici tout accident. Les locaux sont disposés en petits ateliers destinés à trois malades ; les infirmiers surveillent dans un couloir central et pourraient si besoin était se porter en nombre suffisant dans l'atelier où un ou plusieurs malades s'agitent. La subdivision du travail est indispensable. C'est un principe universellement admis dans l'industrie que pour obtenir un bon rendement, l'ouvrier doit être exclusivement occupé à une opération simple, toujours la même, ne demandant que des mouvements presque automatiques ; d'autre part, plus l'acte est simplifié, plus l'apprentissage est facile, ce qui est important pour ne pas décourager les apprentis travailleurs. Par exemple, la confection des chaussons s'exécute en dix opérations :

1° Bobinage de la tresse (1 ouvrier).
2° Tissage à la machine (12 ouvriers).
3° Découpage des semelles, des talons et des talonnettes (1 machine).
4° Gravure des semelles (1 machine).

5° Couture des semelles (1 machine).
6° Collage (2 ouvriers).
7° Couture des talonnettes (1 machine).
8° Mise en forme (2 ouvriers).
9° Finissage du chausson (2 ouvriers).
10° Finissage et limage de la semelle (3 ouvriers).

Pour obtenir un rendement économique, l'outillage doit être assez perfectionné. La 3e section possède des machines-outils dont la valeur marchande actuelle est fort élevée.

Les ateliers de travailleurs ne fonctionnent régulièrement que s'ils sont dirigés par un technicien, capable de distribuer et de diriger le travail, et de dresser les apprentis. Outre le personnel ordinaire occupé de la surveillance, la 3e section utilise 4 chefs d'équipe des travailleurs : bonneterie, chaussonnerie, reliure, menuiserie.

Le personnel technique et les infirmiers ont des instructions spéciales pour éviter qu'un objet pouvant servir d'arme dangereuse soit soustraite dans les ateliers. Au moment de la cessation du travail, tous les outils ont une place déterminée où ils doivent être reposés par le malade travailleur. D'un coup d'œil, l'infirmier peut ainsi s'assurer qu'aucun ne manque. D'autre part, comme c'est dans la nuit que le personnel est réduit au minimum, des précautions spéciales sont prises pour qu'aucun objet ne soit introduit dans les petits dortoirs destinés aux malades. Ces derniers se déshabillent dans le couloir, où ils laissent tous leurs vêtements, et trouvent leur chemise de nuit sur leur lit. Cet ensemble de précautions est suffisant puisque, depuis l'ouverture, en 1910, aucune violence ne s'est produite à l'aide d'objets servant au travail.

Encouragement au travail

Dès son entrée à la 3e section, tout malade est mis en observation au 1er quartier, en dehors des ateliers. Son état mental, son comportement et son dossier sont étudiés avec soin. Dans la plupart des cas, le travail paraît indiqué, le personnel médical insiste auprès du nouvel arrivant sur les avantages qu'il peut retirer du travail : douceurs, milieu plus agréable, pécule, etc. Les avantages accordés aux travailleurs sont de deux sortes : 1° collectifs, sans considération de rendement : nourriture meilleure, café matin et midi. Ainsi sont

encouragés certains débiles peu adroits, quelques infirmes ou encéphalitiques figés faisant au moins de la bonne volonté ; 2° individuels. Il est naturel de payer le travail aux pièces et même d'exiger un rendement minimum pour que, par suite de la grande division du travail, les paresseux n'entravent pas l'activité des autres. Le prix de la pièce est calculé selon la production d'un ouvrier moyen, de façon à faire varier le gain quotidien entre 0,50 et 1,50. Ces chiffres datent du reste déjà de quelques années et pourraient sans inconvénient être majorés. Cet établissement du prix de la pièce ou plutôt de l'unité de travail est assez délicat pour la chaussonnerie à cause de la division extrême du travail tel acte est tarifé 0,025 la paire, tel autre 0,01 (couture de la talonnette). Au total, le prix payé aux travailleurs pour une paire de chaussons est de 0,40, une paire de bas 0,18, une paire de chaussettes, 0,15, etc.

Avec l'autorisation du médecin, le malade dispose librement de son pécule pour s'acheter des friandises, ou l'économise en cas de sortie.

L'attitude de certains déséquilibrés antisociaux, protestataires, révoltés contre la société, est intéressante. On les voit travailler avec une docilité et une assiduité surprenantes et, quand on s'en étonne devant eux, ils répondent qu'ils sont bien obligés de gagner de l'argent pour acheter du tabac fin, du chocolat, des douceurs. Ces exemples démontrent la nécessité d'une rémunération suffisante.

Rendement

Les résultats pratiqués sont fort intéressants au double point de vue de la quantité des objets produits et du prix de revient.

La chaussonnerie, dont nous avons plus haut expliqué la division du travail, a produit :

En 1922	12.950	paires de	chaussons.
— 1923	12.026	—	—
— 1924	12.290	—	—
— 1925	12.400	—	—

pour une moyenne de 24 à 26 travailleurs. La 3e section fournit de chaussons non seulement l'asile de Villejuif, mais plusieurs autres asiles de la Seine et les colonies familiales.

La bonneterie a confectionné avec l'aide de malades :

En 1922	7.453	paires de bas ou de chaussettes.
— 1923	6.463	— — —
— 1924	9.160	— — —
— 1925	6.293	— — —

Outre le travail neuf, on pratique beaucoup le rempiétage des bas et des chaussettes, ce qui est une économie considérable. Auparavant, on était obligé de vendre comme chiffons les montants des bas et des chaussettes usés, alors que le rempiétage permet encore de les utiliser longtemps. Le bénéfice de cette opération est difficile à calculer.

La reliure est aussi très active, quoiqu'elle n'occupe que 8 malades en moyenne.

En 1925, 975 volumes ont été reliés. La plupart des carnets, fiches, chemises, cartons, etc., utilisés dans plusieurs asiles, sont découpés ou confectionnés à l'atelier de reliure.

Le prix de revient est avantageux pour l'asile. Il n'est pas toujours facile à calculer pour la bonneterie et la chaussonnerie, faute de comparaison exacte avec les mêmes objets mis en vente par le commerce, mais, pour la reliure, il est facile de tabler sur le tarif syndical.

Calculés suivant ce prix syndical, l'ensemble des travaux effectués à l'atelier de reliure s'élève à 24.681 fr. 73. Or, le prix de revient à l'asile n'est que de 17.439 fr. 14. Le tableau suivant montrera avec quelle rigueur ce prix de revient est calculé, puisque le traitement intégral du relieur y est compris ; et ce relieur, cependant, concourt à la surveillance des malades ; d'autre part, il est tenu compte des frais généraux, de l'amortissement du matériel, du gaz, de l'eau utilisés.

Prix de revient

Traitement du relieur................	9.732 20
Marchandises employées..............	6.140 64
Pécule payé aux malades............	745 40
Frais généraux.......................	820 90
	17.439 14

Le bénéfice pour les asiles est donc de plus de 7.000 fr. pour la reliure seule.

Il est bien plus considérable pour la chaussonnerie. Le prix de revient de la paire est de 10 fr., alors que dans le commerce des chaussons d'aussi bonne qualité seraient payés 20 fr. au minimum, même en gros. Sur les 12.000 paires annuelles, on peut estimer le bénéfice à 120.000 fr.

De même, pour la bonneterie, en comprenant le traitement du chef d'atelier, l'amortissement, etc., dans le prix de revient, on obtient :

Pour une paire de bas de laine	10,20
pour une paire de bas de coton	8.60
pour une paire de chaussette de laine	5.95
pour une paire de chaussette de coton	4.95

Il suffit de comparer ces prix avec ceux du commerce à qualité égale pour se rendre compte de l'avantage de la fabrication intérieure.

Considérations générales

Les résultats obtenus à la 3e section de Villejuif montrent que la question d'étendre ce mode de travail par petits ateliers à l'intérieur des quartiers, peut être étudiée pour les asiles ordinaires.

Nous pensons qu'on doit se borner à la production d'objets consommés par l'asile ou les établissements analogues dépendant de la même administration. Si l'on essayait de commercialiser le travail des malades, on se heurterait à de nombreuses difficultés.

La question du danger que peut présenter l'usage d'objets tels que marteaux, couteaux, pièces métalliques semble résolue par l'expérience à condition qu'on prenne les mêmes précautions qu'à la 3e section.

Une difficulté à envisager est le prix très élevé des machines-outils qui rendraient assez dispendieuse l'organisation de la chaussonnerie. Mais la reliure, le tricot, la bonneterie, la brosserie, le jonchage et le cannage des chaises restent dans le domaine de la pratique.

Dans la plupart des asiles, il est incontestable que le travail agricole et spécialement l'horticulture est à encourager d'abord, mais en plus des travailleurs qui peuvent aller aux champs ou aux jardins, on constate la présence dans les quar-

tiers de nombreux malades inactifs tels que délirants chroniques anciens, déments précoces peu atteints, paralytiques généraux en rémission, etc., qui, tout en restant à l'intérieur des quartiers, seraient capables de fournir du travail, surtout s'ils sont stéréotypés dans la même opération simple.

L'impression de tristesse et d'ennui qui se dégage de l'aspect de nombreux malades inertes dans un quartier serait remplacé par de petits ateliers toujours en activité. Beaucoup d'aliénés chroniques peuvent et doivent, quoique incurables, être utilisés socialement.

B. COMMUNICATIONS DIVERSES

Evolution psychiatrique dans la Province de Québec (Canada)

Par M. Jean-C. Miller

Hôpital St-Michel-Archange, Québec

M. le Président, Messieurs,

La population de la Province de Québec est d'environ 2.500.000 habitants, dont les 4/5 sont Canadiens-Français ; le nombre total d'aliénés internés au 31 décembre 1925 était de 6.755. Ces aliénés sont hospitalisés dans cinq institutions principales dont une, Canadienne-Anglaise, et quatre Canadiennes-Françaises.

L'hôpital de nos frères Anglais (Verdun Protestant Hospital of Montreal), compte 825 malades, tous de langue anglaise, de même que les médecins et le personnel qui en assurent l'administration. Cet hôpital suffit aux besoins de l'élément anglais. Le bureau médical comprend 15 médecins, parmi lesquels se trouvent des aliénistes distingués. Rien n'y est épargné pour le bien-être et le traitement des malades. On y fait aussi de l'enseignement, pour les étudiants en médecine de l'Université anglaise (Mc Gill).

Nous ne dirons qu'un mot de l'hôpital Ste-Anne, comptant environ 400 malades et de l'hôpital St-Julien qui en abrite environ 300. Ces deux maisons sont situées dans la campagne et sont réservées la première, aux idots et imbéciles profonds, la seconde, aux idiotes et vieilles démentes dont le pronostic est à peu près établi. Dans ces maisons on a déjà institué des classes où l'on fait de l'enseignement et où on occupe à des

travaux simples le plus grand nombre possible de malades : grâce aux efforts du personnel de ces institutions, les résultats obtenus jusqu'ici ont été très satisfaisants.

L'hôpital d'aliénés le plus considérable est bien St-Jean-de-Dieu à Montréal. 3.500 malades y sont hospitalisés. Vingt médecins y font du service régulier, parmi lesquels se trouve le professeur de psychiatrie de l'Université de Montréal qui y reçoit les étudiants Canadiens-Français de la métropole.

A Québec, se trouve l'hôpital St-Michel-Archange avec environ 1.800 malades le professeur de spychiatrie de l'Université Laval de Québec et huit autres médecins y résident, avec en plus, 3 spécialistes qui y font un service régulier. Tous se partagent le traitement des malades et l'enseignement clinique aux étudiants.

Dans nos hôpitaux, comme à l'étranger, nous faisons les traitements psychiques et physiques indiqués ; il nous fait plaisir de souligner que environ 50 0/0 de nos aliénés sont occupés à un travail quelconque : ménage, cuisine, ateliers, ferme, travaux de manœuvre, etc. Nous en tirons les meilleurs avantages pour les malades, et dans un pays où la main-d'œuvre est chère comme chez nous, ce travail constitue de grandes économies pour nos hôpitaux. Ainsi, à St-Michel-Archange, à Québec, ces 2 dernières années, l'administration a fait construire une clinique de 250 lits, et aussi un aqueduc de plusieurs kilomètres. Nos malades ont fourni le chiffre imposant de 250.213 heures de travail, ce qui représente environ 75.000 dollars. 25 0/0 de nos épileptiques ont travaillé régulièrement depuis quelques mois ; ayant eu soin de choisir pour eux, des occupations offrant un minimum de dangers, nous n'avons enregistré aucun accident.

Comme l'a bien dit M. le doyen Jean Lépine aux Journées Médicales de Paris, ce traitement hygiénique est des plus efficaces : je puis dire que chez ces malades, les crises ont été moins fréquentes, les troubles de l'humeur et du caractère grandement diminués ; le moral en a aussi tiré son bénéfice.

A côté de ces grandes maisons d'aliénés, existent plusieurs sanatoria et entreprises privées où les malades plus fortunés sont traités sans internement. De même, les grands hôpitaux généraux ont un service de neuro-psychiatrie. Mais la province ne possédait pas encore de centre d'observation neuro-psychiatrique. Québec vient d'en réaliser un.

La clinique « Roy-Rousseau » est maintenant terminée. C'est un hôpital neuro-psychiatrique, 250 lits, indépendant de l'Asile, et qui présente aux malades et à l'enseignement une organisation très moderne. Une consultation externe permettra de dépister les psychoses, dès le début, de raccourcir la durée d'hospitalisation, et, dans plusieurs cas, d'éviter ainsi l'internement.

La maison comprend de vastes laboratoires d'anatomie pathologique, de biologie, sérologie, etc., *radio* et *électrothérapie*, hydrothérapie, grand amphithéâtre, appareils à projections lumineuses, cinéma, etc. Je dois ici exprimer notre reconnaissance à MM. les docteurs Albert Brousseau de Paris, et Louis Berger, de Strasbourg, tous deux actuellement professeurs à l'Université Laval de Québec, et attachés à l'Hôpital St-Michel-Archange. Leur appui nous a été des plus précieux, et ils nous ont généreusement fait profiter des notions scientifiques qu'ils avaient eux-mêmes puisées dans les meilleures écoles.

D'après le dernier rapport (31 déc. 1925), nous comptons parmi nos malades d'asile, 346 aliénés criminels, 350 arriérés mentaux et anormaux éducables et 466 épileptiques. La présence de ces malades dans de simples asiles présente de graves ennuis pour le bon fonctionnement et le progrès général.

Notre gouvernement vient d'aménager un vaste local près de Montréal, où nos aliénés criminels seront bientôt transférés. Ils y recevront le traitement voulu et la vigilance requise pour leur cas et aussi pour la protection de la Société.

On a maintenant commencé à Québec la construction de l'Ecole « La Jemmerais » pour arriérés mentaux. Les plans prévoient l'hospitalisation de 1.000 malades. On construira d'abord pour en recevoir 500. Cette vaste maison sera pourvue de tous les moyens modernes, de ce genre d'enseignements, et elle promet de pouvoir rivaliser avec les plus parfaites qui existent déjà dans les autres pays.

Pour nos épileptiques, une maison spéciale est à l'état de projet, et sera certainement réalisée dans un avenir prochain.

La direction médicale et scientifique de nos hôpitaux d'aliénés est confiée à un directeur médical général, M. le docteur Desloges, que plusieurs d'entre vous connaissent ; son inlassable dévouement et son énergique caractère ont grandement

contribué à cette ère de progrès psychiatrique, dont jouit depuis quelques années la province de Québec.

Les médecins d'asiles sont soumis à l'approbation du gouvernement, de la Faculté et de l'administration des hôpitaux. Le progrès scientifique est assuré par l'enseignement local et par le séjour à l'étranger, de nos jeunes aliénistes. L'administration de nos asiles Canadiens-Français est confiée aux Communautés religieuses. Ces Dames déploient pour la cause de ces pauvres malades autant de dévouement que d'initiative.

Je termine, Messieurs, en émettant le vœu que cette ère de progrès se continue chez nous, et que les circonstances générales étant plus avantageuses pour tous, le Canada Français ait l'honneur de vous recevoir, pour une session prochaine du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue Française.

Sur la valeur curative de la sortie prématurée dans certains cas de confusion mentale en traitement dans les Asiles

Par M. André GILLES (de Pau)

J'applique ici le terme de sortie prématurée à une reprise du malade, par le milieu familial, au bout d'un court délai de traitement, délai évidemment variable selon les indications particulières, mais, qui trouve, dans la moyenne des cas, son moment favorable entre la quatrième et la huitième semaines. Sortie prématurée, envisagée à titre curatif, et qui peut être tentée, au besoin, avant la sédation des troubles.

Cette proposition comporte quelques corollaires :

D'abord, intervention précoce du spécialiste ;

Puis, isolement immédiat et traitement intensif (symptomatique, causal et psychothérapique).

Finalement, éducation de la famille, qui doit rester en liaison avec le médecin pendant la convalescence.

J'ai vu ainsi des cas où l'agitation, la désorientation, la rétraction affective, le délire et l'onirisme hallucinatoire persistaient après deux mois de traitement à l'Asile, et qui, rendus aux leurs en pleins troubles étaient guéris avant huit jours de reprise familiale. Un cas décisif me fut donné par une puerpérale. Le désordre mental aigü, violent, restait complet. Les parents n'objectaient une hérédité en vérité fort chargée. Mais, je sentais, par les apparences inversées d'un complexe, où la jeune femme refusait d'entendre parler de son enfant, que cette censure cachait les véritables aspects émotionnels du cas. J'insistais pour l'essai. Il fut suivi d'une cure extrêmement rapide (quatre jours) et depuis, voici trois ans passés sans qu'il y ait eu rechute.

La technique est donc parfois audacieuse et presque toujours délicate. Elle comporte, en fait, pour chaque cas les cor-

rectifs qu'ordonnent le bon sens et la notion du risque à courir.

L'expérience d'une trentaine de cas heureux m'apprend que la sortie prématurée hâte la cure et, dans la plupart des faits, décide la guérison.

D'autre part, elle évite les séquelles, notamment les idées fixes post-oniriques, la fatigabilité intellectuelle prolongée, la désadaptation affective, et aussi les rechutes. Ces suites me paraissent ainsi être moins fonction de l'intensité des troubles que de leur durée et, partant, de la lenteur du traitement. Car, le séjour dans les quartiers souvent surpeuplés des asiles me paraît néfaste à ces psychose, en raison même de la promiscuité dans la misère intellectuelle et affective. Sensibilisation définitive ou tendance à la chronicité, ces deux complications, l'isolement et l'asile, à mon avis, les créent plus qu'ils ne les évitent.

Et pourtant, si la reprise familiale ne doit pas tarder, je suis persuadé que l'isolement précoce et le traitement dans un service spécialisé sont de toute nécessité. Par là, le malade sera soustrait aux circonstances pathogéniques et sera soumis à une réaction nécessaire de scission ; on lui évitera, en outre, de subir les contre-sens psychologiques de gens inavertis et, aussi, un traitement le plus souvent, hélas, erroné. Le malade qu'on laisse s'attarder dans l'ambiance où a éclos la psychose guérit mal. D'autre part, la convalescence, qui traîne à l'Asile, tendra à la chronicité. Il faut intervenir dans ces deux sens. Il y a donc deux claviers, isolement et reprise, sur lesquels nous pouvons jouer utilement, si le rythme est opportun (1).

Opinion empirique, que je tire en partie de constatations que j'avais faites sur les façons d'agir que nous imposaient, pendant la guerre, les circonstances dans les centres neuro-psychiatriques aux armées. Nous avions eu d'excellentes statistiques, parce que, à ce qu'il me semble, les régiments n'ayant pas la fausse pudeur de leurs malades mentaux, ceux-ci nous arrivaient vite et, parce que nous-mêmes, pris

---

(1) Je note avec plaisir qu'en exprimant cette opinion j'ai eu l'heureuse fortune de constater qu'elle se rencontre avec celle du Dr Repond qui, faisant à Malevoz l'expérience « du système de renvoi hâtif des malades améliorés ou guéris, surtout des psychoses schizophréniques », est d'avis que « les sorties précoces achèvent, en général, de façon heureuse l'œuvre thérapeutique entreprise dans l'établissement et préviennent souvent les rechutes ou la persistance chronique de certains symptomes ».

entre la nécessité d'évacuer ou de guérir, nous décidions rapidement.

Toutes concessions étant faites aux dissemblances pathogéniques entre ce milieu spécial et le milieu civil, je pense qu'il y a là quelques enseignements.

Nous admettons tous que la confusion mentale est une psychose aiguë et curable. Et cependant, notre thérapeutique, variable et incertaine, souvent uniquement symptomatique, s'évertue sans pouvoir assigner une marche et un terme à la maladie. Certains cas peuvent, d'eux-même, céder rapidement ; mais combien traînent, sans que cette durée semble être en rapport avec l'effort des thérapeutiques usuelles. Et, insidieusement, la chronicité s'installe.

Or, c'est en craignant les complications qui découlent de ces lenteurs, que le procédé de la sortie prématurée tente de brusquer la guérison.

A quel cas pouvons-nous appliquer cette technique ?

J'ai prononcé en commençant «« Confusion mentale » ; j'aurais dû dire états confusionnels.

J'élimine, naturellement, d'une part, les états confusionnels liés aux grandes pyrexies et aux intoxications exogènes ; puis d'autre part, les confusions prodromiques de psychoses chroniques. Un diagnostic serré s'impose donc pour éviter les insuccès, peut-être, et surtout, certains risques.

Cependant, quelque audace est souvent récompensée. Je revois ici un cas qui date de quatre ans, sans rechute. Il s'agit d'un jeune homme qui a été aussitôt guéri par la reprise familiale, alors qu'il présentait un état schizoïde pour lequel j'aurais tout autant conclu à la chronicité. Quelques indices, à mon sens décisifs, m'avaient toutefois guidé vers la solution brusque : inquiétude plus intellectuelle que subconsciente, impuissance à se ressaisir en contraste avec la mimique d'effort.

Si la technique me paraît valable pour la confusion idiopathique de Chaslin, le type onirique de Régis, elle l'est surtout pour les états confusionnels tels que les décrivent Mallet et Mignard.

Ces états confusionnels ainsi traités, je les ai trouvés variables dans leur étiologie, multiformes dans leur expression clinique : excitation ou stupeur, syndromes complets ou frustes, anxiété ou, sans plus, apathie, délire hallucinatoire ou pure

inquiétude intellectuelle ; dans certain cas le trouble élémentaire, mais, durable, se limitait à la simple forme interrogative, mais obsédée : «« où suis-je ? qui êtes-vous ? que me veut-on ? »

Les accompagnements somatiques, eux aussi, divers, depuis l'état saburral jusqu'à la dénutrition profonde. Dans un cas de confusion auto-toxique, avec agitation et délire intenses, sur un état de dénutrition qui allait à l'émaciation, je note qu'un choc émotionnel provoqué à titre curatif, à la suite de la présomption d'un complexe affectif, a déterminé, en même temps que la réduction mentale brusque, une restitution physique presque immédiate.

Quant aux déterminations organiques, si j'ai rencontré la grippe, la puerpéralité, la dysménorrhée, la dysthiroïdie, le subictère ou autres états médicalement définissables, la plupart du temps, les troubles organiques me paraissaient certes pas exprimables en termes de pathologie générale.

Je ne voudrais pas que cette communication, qui n'a que des visées pragmatiques, s'égarât dans le domaine doctrinal. Il n'en reste pas moins que les faits auxquels je réfère, amènent à des réflexions pathogéniques. Comment agissent l'isolement rapide, puis la sortie prématurée, sinon comme moyens massifs de psychothérapie ? Il semble donc que des valeurs psychogénétiques, vraisemblablement affectives, ont, dans ces états, une responsabilité qui ne le cède pas aux justifications organiques. Le complot morbide se réunit aux confins de la zone des interférences sympathiques, glandulaires et émotionnelles. Bien des fois l'analyse, lorsqu'elle fut possible. m'a révélé la présence d'un complexe ou d'une sensibilisation émotionnelle, sur laquelle la psychothérapie a pu jouer, concurremment avec la cure de désintoxication ou de rectification endocrinienne et, parfois même, sans doute plus efficacement.

Ces psychoses aiguës, que j'appellerai tout aussi volontiers fonctionnelles, ou, plus simplement encore, occasionnelles — afin de ne pas infirmer la valeur d'un syndrome confusionnel qui s'y montre souvent disparate — peuvent saus doute relever du processus toxique classiquement admis ; mais aussi, apparaître comme une manifestation schizoïde transitoire.

En effet, intoxication, infection, même ténues, agissant sur une fragilité psychique constitutionnelle ou sur une fatigue mentale momentanée, voilà, soit, des éléments constitutifs de

la psychose ; mais, ses déterminations ressortent peut-être d'interférences plus complexes.

Si nous poussons plus avant l'analyse de ses composantes, à la fois psychiques et organiques, où ces deux ordres d'éléments complices paraissent également responsables, cette résultante morbide semble souvent être le fait de ce qu'un trouble biologique subtile, de l'ordre d'un déséquilibre humoral ou glandulaire, immédiat ou latent, arrive à provoquer le désordre mental, parce qu'il rencontre chez le sujet la coïncidence chronologique d'un état de sensibilisation psychique, issu souvent d'une sorte d'idiosyncrasie affective. Et ceci, parce que sur cet état instable, une phase critique a été déterminée, en même temps, par un choc émotionnel ; soit alors par l'action brutale de son intensité, soit, plutôt, parce que sa poussée, même légère, s'est produite au niveau d'un complexe et a amené à l'émergence des tendances morbides jusqu'alors refoulées. Quant à la forme même de l'expression clinique, si variable, totale ou fruste, déchaînement du subconscient ou inhibition muette, s'il nous est si difficile d'en fixer le déterminisme en fonctions de l'agent infectieux, ou bien de l'attitude mentale préalable, celle apparente et sociale, si souvent contradictoire, du sujet, c'est peut-être que la diversité des composantes nous égare, mais aussi, surtout, parce que celle-ci serait orientée dans un sens plus récent, selon la prévalence affective, profonde, mais acquise, dans la période même de choc. D'où, à l'inverse de la schizophrénie et des psychoses de complexes infantiles, le caractère immédiat et au besoin professionnel, du moins contemporain, des éléments du délire oririque. D'où, par là encore, la possibilité du redressement psychothérapique immédiat et rapide. Même dans les formes à délire expansif, deux indices sont presque toujours présents qui définissent cette variété de psychoses occasionnelles : la douleur intellectuelle et, surtout, la rétraction affective, qui signe le caractère aigu, l'aspect de blessure psychique.

L'emprise onirique aiguë apparaît encore ainsi comme une évasion transitoire, un repli momentané dans l'autisme. Le penchant à s'y complaire établissant plus tard l'évolution à la chronicité. Toujours est-il qu'une thérapeutique de choc se justifierait par cette genèse, en rompant l'ambivalence que créeraient des troubles voisins d'une sorte d'anaphylaxie

psycho-organique. Par ailleurs, sans préjuger, quant au fond de la question, celui-ci devant s'établir sur des constatations cliniques certes plus précises, l'image que suscite le terme de psycho-colloïdoclasie me paraît, ainsi, riche d'explications biologiques possibles. Mais, quittons l'hypothèse.

Il reste que les résultats empiriques que j'ai pu obtenir par la cure brusquée, au moyen de la reprise familiale précoce, me font penser que, cliniquement, en face de ces cas, nous avons intérêt à ne pas oublier que notre dualité, de psychologue et de médecin, nous permet d'affronter la psychose à la fois sous ces deux aspects.

Pratiquement, je résumerai donc ainsi mon attitude :

1° Apprendre aux médecins que notre intervention, pour être utile, doit être précoce. Que nous pouvons, en effet, à l'occasion, être des thérapeutes. Réagir contre le préjugé tenace et répandre cette opinion que les psychoses ne sont pas toutes durables et incurables.

2° Isoler rapidement le malade hors du milieu nocif. Un traitement énergique ne fera sans doute pas trop, outre la sédation et la désintoxication, de remonter jusqu'à des causes biologiques souvent plus subtiles qu'un état infectieux. Leur correction dépendra peut-être de drogues, nous ne les négligerons pas ; mais la psychothérapie nous sera d'un secours puissant parce que, ici, l'organique se montre, par réciprocité, sensible éminemment à l'action du psychique.

La psychothérapie, avec les sollicitations douces et répétées, ne perdra pas de vue l'analyse qui révèlera la présence possible d'un complexe et sa nature ; sa connaissance aiderait à diriger l'effet massif et brusque de reprise affective en milieu familial et permettrait de mesurer le rapport émotionnel entre l'individu et ce milieu, dont l'ambiance comporte certes la presque totalité des valeurs psychiques foncières ; bien qu'au demeurant elles puissent, cependant, ne pas contenir la dominante affective.

3° Eduquer la famille : lui parler, aussitôt que nous serons fixés sur le diagnostic, des chances de curabilité que peut donner l'essai de sortie ; lui apprendre que la gravité des troubles n'est pas fonction de l'intensité des symptômes ; tout en l'avertissant du risque, calmer ses appréhensions et placer la maladie mentale à son rang, parmi les affections courantes

dont on peut guérir et que l'on peut subir sans honte. Tout ceci n'est certes pas le plus facile. Persuader enfin la famille qu'en cas d'insuccès elle aura pour le moins conscience d'avoir fait le possible.

Il est bon toutefois que le psychiatre suive le malade pendant les premiers temps de la reprise et contrôle la convalescence. Ainsi, la famille ne s'inquiètera pas de la persistance de séquelles post-oniriques et on évitera la réintoxication probable que, sous prétexte d'administrer des reconstituants, le médecin non spécialisé ne manquera pas de provoquer.

Cet essai sur la thérapeutique de certaines psychoses aiguës est loin d'avoir la prétention d'établir des indications originales. Il ne tente au plus qu'à préciser une attitude. Attitude d'action et d'urgence ; celle-ci, dans le détail, doit composer avec des contingences souvent contradictoires, se tempérer aux conseils prudents du bon sens et s'adapter en fait à des circonstances médicales et sociales éminemment diverses.

Matériellement, les difficultés m'en semblent compensées par la nécessité d'éviter les fâcheux effets qui entravent tant de guérisons dans des asiles encombrés, souvent peu adaptés au traitement des aigus. Cette position permet, en tout cas, de suppléer temporairement aux futurs services hospitaliers et d'attendre la création des pavillons ouverts, où ces malades seront enfin à leur place. Déjà, par sa collaboration avec le milieu familial, elle aère en quelque sorte l'atmosphère confinée de l'asile et, peut-être aussi, celle de la psychiâtrie, du moins tels que les conçoivent le public et, même encore, nombre de médecins.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNERALE DU CONGRÈS

TENUE A L'ATHÉNÉE DE GENÈVE LE MERCREDI 4 AOUT 1926

PRÉSIDENCE : MM. LONG ET SEMELAIGNE, *présidents*

La séance est ouverte à 9 h. 30.

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire permanent.* — Messieurs Je dois d'abord vous présenter les regrets d'un trop grand nombre de nos collègues empêchés d'être des nôtres cette année. Parmi eux, je vous citerai les noms de MM. le Professeur ABADIE (de Bordeaux) ; Dr ANTHEAUME (de Paris) ; Dr DE BLOCK (de Bruxelles) ; Dr Marcel BRIAND (de Paris) ; Dr BOSCHI (de Ferrare) ; Dr BUFFET (d'Ettelbrück) ; Dr René CHARON (d'Amiens) ; Pr Viggo CHRISTIANSEN (de Copenhague) , Dr Henri COLIN (de Paris); Dr A. CULLERRE (de La Roche-sur-Yon) ; Dr DUCHATEAU (de Bruxelles) ; Dr J.-M. DUPAIN (de Paris) ; Dr GLORIEUX (de Bruxelles) ; Dr GIRMA (de Pau) ; Pr GUILLAIN (de Paris) ; Pr Ladislas HASKOVEK (de Prague); Dr JUMENTIÉ (de Paris) ; Dr LALANNE (de Nancy) ; Dr André LÉRI (de Paris) ; Pr MARINESCO (de Bucarest) ; Dr Henry MEIGE (de Paris) ; Pr ORZECHOWKI (de Varsovie) ; Dr Louis FARANT (de Toulouse) ; Pr PITRES (de Bordeaux) ; Pr agrégé POROT (de Tunis) ; Pr PRÉVOST (de Genève) ; Dr SANTENOISE (de St-Ylie) ; Dr VERVAECK (de Bruxelles) ; Pr Aug. WIMMER (de Copenhague).

Nous déplorons les causes de leur absence et espérons bien les voir partager les travaux de notre prochaine session.

Au nombre de ces absents, se trouve le Dr J.-M. Dupain qui, secondé par Mademoiselle Jeanne Dupain, fut le très dévoué secrétaire de notre XXIXe session. Je vous donne lecture en son nom du compte rendu financier de sa gestion.

Comptes de 1925

RECETTES

288 membres adhérents à 30 fr.	8.640 »
107 membres associés à 15 fr.	1.605 »
68 établissements hospitaliers à 30 fr.	2.040 »
Subvention du Conseil général de la Seine	15.000 »
Intérêts des fonds placés	359 46
Total des recettes	27.644 46

DÉPENSES

Impression des rapports et comptes rendus [Coueslant]	10.070 75
Réceptions	8.156 80
Organisation à la Faculté de médecine	650 50
Frais de secrétariat et divers	963 50
Total des dépenses	19.841 55

Recettes	27.644 46
Dépenses	19.841 55
Excédent des recettes	7.802 91

Solde créditeur au Compte Courant de la Société Générale : 7802 fr. 91.

Je vous propose d'approuver à mains levées ces comptes et de voter au Dr Dupain des félicitations très méritées par le remarquable résultat qu'il a obtenu et l'aide apportée ainsi aux sessions ultérieures. (Ces conclusions sont adoptées par acclamations).

⁂

MESSIEURS,

30 sessions ont passé depuis que le 1er août 1890, s'ouvrait à Rouen, sous la présidence du Professeur Benjamin Ball, la 1re session du Congrès des aliénistes français. C'est, en effet,

ce Congrès qui devint, avec la collaboration immédiate des aliénistes belges et des aliénistes suisses, et dès 1893, sur l'initiative du Prof. Brissaud, avec la collaboration des neurologistes, le présent Congrès des aliénistes et des neurologistes de langue française.

A l'occasion de ce trentenaire, un bref compte rendu devra vous exposer, sinon le long chemin parcouru, au moins la situation présente de notre Association.

Véritable Congrès international de langue française, notre Congrès voit croître chaque année le nombre de ses membres : 421 à Bruxelles, 463 à Paris, 547 à Genève, et le nombre des nations représentées (19). Cette année encore des savants de diverses nations sont venus pour la première fois participer à nos travaux que nous tenons à remercier ici de leur précieuse collaboration. Et nous sommes particulièrement sensibles à l'intérêt qu'a bien voulu témoigner à notre Congrès l'Institut de Coopération Intellectuelle de la Société des Nations, en déléguant M. le Ministre Destrée pour prendre la parole à la séance d'ouverture de cette 30e session. Des subventions officielles importantes ont été accordées à nos sessions. Je rappellerai celles du Gouvernement Luxembourgeois à Luxembourg, du Gouvernement Belge à Bruxelles, du Conseil général de la Seine à Paris, et pour la présente session la subvention qu'a bien voulu nous attribuer le Gouvernement français, la subvention enfin que le Département politique du Conseil fédéral a accordée aux Sociétés Suisses de Psychiatrie et de Neurologie pour organiser cette magnifique réception.

Enfin, des invitations flatteuses nous sont venues à tenir nos sessions à Anvers, à Copenhague, à Tunis ou à Bucarest. Nous exprimons notre reconnaissance à leurs auteurs, les assurant que nous ne négligerons rien pour assurer la réalisation de ces projets si séduisants.

Passons maintenant à l'exposé de la situation financière de notre caisse de réserve. Au lieu d'une comptabilité détaillée, dont les pièces, en règle, sont tenues à la disposition du Comité permanent et de l'Assemblée générale, je crois préférable de vous exposer sommairement, en raccourci, cette situation financière, très saine d'ailleurs.

Lorsqu'à l'Assemblée générale de la 24e session, le mardi 3 août, à l'Asile de Stephansfeld, mon prédécesseur immédiat

au Secrétariat permanent, notre président d'aujourd'hui, le Dr René Semelaigne, vous exposa la situation de la Caisse de Réserve que vous vouliez bien me confier, le solde disponible était de :

En espèces	2.064 22
En valeurs :	
390 fr. de Rente 3 0/0, au cours du jour...	7.585 50
243 fr. de Rente 4 0/0 1917, au cours du jour	4.329
Total	13.978.72

Depuis cette date, chaque session est venue apporter au fonds de réserve, une contribution de valeur croissante. Je vous rappelle les chiffres.

La 24e Session (Strasbourg, 1920)	192 15
La 25e Session (Luxembourg, 1921)	2.201 50
La 26e Session (Quimper, 1922)	2.700
La 27e Session (Besançon, 1923)	5.005
La 28e Session (Bruxelles, 1924)	6.554 94
La 29e Session (Paris, 1925)	7.802 91

grâce à la sage et prudente administration de MM. Lalanne, Courbon, Forman, Lagriffe, Santenoise, Ley et Dupain qui ont su allier à une économie invisible, une organisation parfaite et des réceptions inoubliables.

D'autre part, la vente des volumes du Congrès, vente qui croît de jour en jour a produit, du 1er avril 1920 au 31 mars 1926, pour la part du Congrès, la somme appréciable de 3.820 fr. 20.

L'avoir total serait donc de 42.355 fr. 40.

Mais il y a lieu d'ajouter à ces recettes les arrérages des valeurs en portefeuille.

D'autre part, les seules dépenses de secrétariat et de trésorerie permanents acquittés depuis cette date par le Congrès sont les droits peu élevés, prélevés par la Banque où sont déposés nos fonds (Société Générale, Agence de Neuilly-sur-Seine, 44, Avenue de Neuilly, Compte n° 14.563).

A la date du 13 juillet 1926, ce compte était créditeur de :

Espèces	18.366.71
Valeurs : 950 fr. de Rente 3 0/0 (49,25, au cours du 28 juillet)	15.595 83
243 fr. de Rente 4 0/0 1917 (44,75)	2.718 56
10.000 fr. en capital de Bons du Trésor 5 0/0 1924 (424,50)	8.490
	26.804.39
	18.366.71
Total général	45.171.10

Vous voyez donc que malgré les difficultés de l'après-guerre, malgré les moins values que subissent nos valeurs en portefeuille, la situation financière du Congrès apparaît prospère.

Ne nous hâtons pas de nous réjouir. Les chiffres sont actuellement plus trompeurs que jamais. Alors que notre fonds de réserve, en apparence florissant, a diminué progressivement de valeur intrinsèque avec la baisse du franc, les dépenses (je ne vous citerai que celles d'impression, de réception, etc.) croissent d'année en année.

En dépit de sa prospérité apparente, notre fonds de réserve n'eût pas suffi, cette année, à l'organisation de la session. Des subventions généreuses (parmi lesquelles je citerai les mille francs suisses donnés par le Conseil fédéral) sont venues nous tirer d'embarras. Au total 5.250 francs suisses, auxquels est venue s'ajouter une subvention de 7.000 francs français du Gouvernement de la République, sont venus se joindre aux cotisations pour permettre l'organisation parfaite que nous devons au Dr Repond. Ceux qui, comme moi, ont assisté en spectateurs, aux efforts de notre Secrétaire général et des organisateurs des Comités locaux savent de quels prodiges nous leur sommes redevables, et de quelles difficultés ils ont su triompher.

Aussi, votre Comité permanent estime-t-il que s'impose l'augmentation de la Cotisation pour la session prochaine. Elle est actuellement de 30 francs pour les membres adhérents alors que le volume du Congrès se vend 40 francs en librairie. Il vous demande donc de porter la cotisation à

50 francs français pour les membres adhérents et à 30 francs pour les membres associés. Il est entendu d'autre part que si la France revenait au franc-or, le retour au chiffre de la cotisation d'avant-guerre, s'effectuerait *ipso facto*.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

⁂

Ainsi sera assuré le sucès de la 31[e] Session que votre Comité vous propose de tenir à *Blois*, dans la première semaine du mois d'août 1927. Le D[r] *Olivier*, Directeur de l'Asile et Maire de Blois veut bien nous recevoir en ce jardin de la France et assumer la charge des fonctions de *Secrétaire général*.

Les sujets que le Comité permanent vous propose de mettre à l'étude sont les suivants :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

L'Automatisme mental.

Rapporteurs : M. le D[r] Lévy-Valensi, médecin des Hôpitaux de Paris ;
et M. le D[r] Nayrac (de Lille), médecin des Asiles publics.

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les tumeurs des ventricules latéraux.

Rapporteur : M. le D[r] Jumentié (de Paris), médecin de l'Hôpital St-Joseph et de la fondation Galignani.

3° RAPPORT DE MEDECINE LEGALE

Le divorce des aliénés, sa jurisprudence, son application, ses résultats.

Rapporteur : M. le D[r] Boven (de Lausanne).

Ces propositions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

Aux termes du règlement, cette 31[e] Session sera présidée par le vice-président de la présente Session, M. le Professeur Raviart (de Lille), médecin des Asiles publics.

Comme vice-président, qui sera président de droit de la 32e session, le Comité permanent propose à vos suffrages le nom du Professeur Henri Claude, de Paris.

Conformément au règlement, cette élection doit être faite au scrutin secret, à la majorité absolue. Vous aurez en même temps à voter pour le renouvellement partiel du Comité permanent. MM. Semelaigne et Lalanne, arrivés au terme de leur mandat, ne sont pas immédiatement rééligibles. L'Assemblée du Comité permanent, assistée des anciens présidents et anciens secrétaires généraux vous propose de les remplacer par 1° le Docteur Raoul Leroy, médecin en chef des Asiles de la Seine; 2° estimant utile pour l'organisation de nos sessions, la collaboration d'un des collègues étrangers qui nous font maintenant l'honneur d'être des nôtres chaque année, le Comité vous demande de lui adjoindre M. le Docteur van der Scheer, de Santpoort, président de la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Hollande. Il nous apportera le secours de sa grande expérience et de son talent d'organisation, universellement reconnu.

⁂

A l'unanimité des votants, *M. le Prof. Henri Claude* est élu *vice-président* de la 31e session et président de la 32e session.

A l'unanimité des votants, MM. les *Drs Raoul Leroy et van der Scheer*, sont élus membres du *Comité permanent* du Congrès.

Pendant qu'il est procédé au scrutin, permettez-moi de vous demander d'autoriser votre secrétaire permanent partout où sur le règlement du Congrès figurent les mots Asiles d'Aliénés de les remplacer par les mots « établissements destinés au traitement des malades atteints de troubles nerveux ou mentaux ».

Une autre modification paraît indispensable. Le règlement porte : « Le secrétaire général a pleins pouvoirs pour toucher les subventions allouées au Congrès... » Or, certaines subventions, ce fut le cas cette année, sont libellées au nom du secrétaire permanent. Pour régulariser cette situation, il suffirait de mettre : « Le secrétaire permanent du Congrès et le secrétaire général de la session ont pleins pouvoirs pour

toucher les subventions allouées au Congrès et pour donner quittance. »

[Ces modifications au règlement sont votées à l'unanimité des membres présents].

***

Il me reste à vous transmettre l'aimable invitation de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord à déléguer l'un de nous pour représenter notre Congrès au IXe Congrès de cette Association, qui se tiendra à Montréal les 21, 22, 23 septembre 1926.

[Sur la proposition de M. René Semelaigne, président, le Dr René Charpentier, secrétaire permanent, est désigné à l'unanimité pour représenter au Congrès de Montréal le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française].

***

Avant de terminer, permettez-moi de vous rappeler, comme chaque année, l'intérêt qu'il y a à adresser au secrétaire permanent avant l'ouverture de la session (et si possible un mois au moins avant) toute proposition concernant l'organisation de la session ultérieure, en particulier toute proposition concernant le siège de la session et le choix des sujets à mettre en discussion. Je vous rappelle également que les inscriptions tardives au Congrès sont causes de retard dans l'envoi des rapports et compliquent la tâche du secrétaire général de la session.

Permettez-moi aussi d'adresser mes remerciement personnels à notre très distingué secrétaire général, le Dr Repond, dont vous avez pu déjà apprécier l'activité souriante et la perfection organisatrice, et à Mme Repond, qui l'a si gracieusement secondé.

Mais, nos travaux ont été assez longtemps interrompus. Il est temps de les reprendre. Les résultats obtenus ne sont-ils pas là pour nous y encourager et nous engager à associer nos efforts vers le mieux, à tenter d'arracher chaque jour davantage ses secrets à la neuro-psychiatrie, essence même de la vie individuelle et fondement des manifestations de la vie collective ?

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Le lundi 2 août, à 20 heures, dans les salons du Palais Eynard, le Conseil d'Etat du Canton de Genève et le Conseil Administratif de la ville offraient au Congrès une brillante réception. M. Jaquet, Conseiller d'Etat, et M. Derouand, Président du Conseil Administratif, assistés de plusieurs représentants des autorités cantonales et municipales, faisaient les honneurs de cette fête à laquelle le cadre sobre et élégant du Palais Eynard prêtait un charme particulier. Tout en écoutant un excellent orchestre, les Congressistes purent apprécier un somptueux buffet.

Le lendemain matin, pendant que l'assemblée continuait ses travaux, les dames congressistes étaient fort obligeamment conviées par Mme Long à visiter la vieille ville, ses monuments et ses musées. A midi, tout le congrès était transporté en autocars et voitures particulières à l'asile de Bel-Air où l'attendait, dans la salle des Fêtes de l'établissement, une excellente collation. Le repas, présidé par M. le Conseiller d'Etat Jaquet, président de la commission administrative de l'asile, fut des plus animés. M. Jaquet et le Prof. Ladame, directeur de Bel-Air, exprimèrent aux congressistes en termes chaleureux tout le plaisir qu'ils avaient à les recevoir. M. le président, René Semelaigne, leur répondit par l'allocution suivante :

« Je remercie le professeur Charles Ladame de bien vouloir nous montrer ce bel établissement où il était, si j'ai bonne mémoire, médecin adjoint lors de notre dernière visite, il y a dix-neuf ans. Vendredi prochain il doit nous exposer ses vues sur la thérapeutique des maladies mentales par le travail, de même que son père nous présentait, en 1894, un rapport sur la législation et l'assistance des alcooliques. Le nom des Ladame se retrouve souvent dans nos congrès. Paul Ladame les fréquentait déjà à une époque où nos réunions étaient moins nombreuses et n'attiraient guère les étrangers. Sa der-

nière communication est une notice sur un de ses concitoyens bien connus, Gaspard de La Rive, dont une lettre, adressée en 1798, aux rédacteurs de la *Bibliothèque britannique,* révéla, dit-on, à Pinel, l'existence de la Retraite d'York. Le temps a passé, les congrès se sont succédé, et nous avons la bonne fortune de trouver à nouveau un Ladame parmi nous. »

Après le repas eût lieu la visite de l'établissement, si remarquablement dirigé par le Professeur Ladame. Fondé, il y a 26 ans, l'asile de Bel-Air est composé d'abord d'un bâtiment central où se trouvent les bureaux administratifs et médicaux ainsi que le service de l'admission et quatre divisions cliniques. Six pavillons répartis dans un beau parc très vaste et pouvant contenir chacun à peu près une cinquantaine de malades, sont destinés au traitement des malades chroniques ou agités. En outre, deux villas confortables sont réservées aux malades tranquilles de la classe aisée. Les congressistes ont éprouvé le plus grand intérêt à visiter ce bel asile pourvu de toutes les installations modernes et auquel le directeur actuel a fait réaliser encore de très grands progrès.

Pendant que, l'après-midi, le congrès siégeait dans la salle des Fêtes de l'établissement, ses membres associés étaient conviés à une visite de la Société des Nations où ils furent fort aimablement reçus et mis au courant du fonctionnement de cette haute institution. Mme Long qui avait bien voulu se charger d'organiser cette visite, recevait aussi chez elle dans l'après-midi les dames congressistes. Ce nous est ici un agréable devoir de remercier Mme Long, la femme de notre cher président suisse du Congrès, de toute la peine qu'elle s'est donnée pour organiser les réceptions à Genève et de toute la bonne grâce qu'elle a mise au service de chacun.

Dans la soirée, le Congrès était convié à un banquet offert à l'Hôtel Beau-Séjour à Champel. Les tables richement fleuries attendant les convives ne trouvèrent pas toutes place dans la grande salle de l'établissement, car le nombre des participants dépassa toutes les prévisions. Aussi une partie des congressistes dînèrent-ils en plein air sous les terrasses couvertes, donnant sur de ravissants jardins. Le menu fut de choix et l'entrain des congressistes alla de pair avec l'excellence des mets. Le Congrès est redevable en particulier aux

démarches du Dr Besse, président de la Société Médicale de Genève, auprès du Conseil d'administration des Bains de Champel de ce que ce banquet, offert par la Caisse du Congrès, n'imposa à celle-ci qu'un sacrifice dérisoire.

Au dessert, M. le président Semelaigne prononça les paroles suivantes :

« Je prie le docteur Besse, président de la Société médicale de Genève, et le docteur Maillart, président de la Fédération des médecins suisses, d'adresser à leurs collègues nos bien vifs remerciements ; ils ont largement contribué au succès de notre congrès.

« Permettez-moi, dans ce milieu familial, de vous proposer un simple toast. Je le porte aux jeunes, aux débutants dans la carrière, espoir et réserve de notre profession. L'exercice en devient difficile, avec les conditions actuelles de l'existence. Poursuivre des études pénibles et coûteuses, dans l'incertitude du lendemain, est un acte de confiance et de dévoûment dont nous devons, nous leurs aînés, être reconnaissants. Souhaitons-leur donc tous les succès désirables dans cette carrière, parfois ingrate et pourtant si belle, où ils maintiendront fidèlement, nous n'en doutons pas, les traditions, léguées par nos pères, de droiture et de probité. Souhaitons-leur encore une vie longuement heureuse et une vieillesse qui ne soit pas morose. Les atteintes de l'âge se supportent sans peine, si l'on ne s'hypnotise pas sur un passé à jamais disparu, où sans doute il y eut des roses, mais aussi des épines, et si ceux qui s'en vont savent sourire à ceux qui viennent, à la jeunesse, à l'avenir. »

Le lendemain, mercredi 4 août, vers 11 h. du matin, une imposante théorie d'autocars aimablement mise à la disposition du Congrès par la Société des Bains de Divonne, attendaient les excursionnistes devant l'Athénée. Plusieurs confrères genevois, auxquels nous sommes infiniment reconnaissants de leur obligeance, avaient mis aussi leurs voitures à notre disposition. Par une radieuse journée d'été le convoi, quittant le territoire suisse, aborda les premières pentes du Jura français. On n'imposa nulle formalité à la frontière et vers 13 h. tout le congrès était réuni dans la charmante station de Divonne. Après la visite des remarqua-

bles installations médicales de la coquette station hydrothérapique, eut lieu, dans la grande salle à manger de l'établissement, un splendide banquet, présidé par M. le Dr Rolland, maire de Divonne.

Au dessert, le Dr Rolland, après avoir en termes cordiaux souhaité la bienvenue aux congressistes, donna d'intéressants renseignements sur la station de Divonne, fondée en 1846 par le Pr Paul Vidart et dont le succès alla en grandissant sans cesse.

Le Dr Semelaigne, président, prononça en réponse l'allocution suivante :

« On dit que le docteur Faust, atteint par la limite d'âge, revécut les rêves si longtemps refoulés dans son inconscient, et, pressé de les réaliser, évoqua Méphisto. Il n'aurait certainement pas eu recours à ses services, par trop intéressés, s'il avait connu Divonne. Mais nul ne l'ignore aujourd'hui, pour le plus grand bien de nos contemporains. Divonne, c'est l'oasis accueillante et régénératrice où l'on vient, à l'abri pour un temps des fatigues et des soucis de l'existence, puiser des forces nouvelles. Et peut-être, en ce moment même, certains d'entre-nous regrettent-ils d'être seulement ici des hôtes passagers, ne pouvant éprouver les effets salutaires de la douche célèbre, aux puissantes vertus, qui conserve les jeunes et reverdit les vieux. »

Vers la fin de l'après-midi, après que le Congrès, scindé en une section de psychiatrie et une section de neurologie, eut tenu ses séances, des autocars, gracieusement offerts par la Maison de Santé de la Métairie, emmenèrent les excursionnistes dans ce dernier établissement, situé, on le sait, à Nyon, dans un site ravissant, sur la côte Suisse du Léman. Le Dr Oscar Forel, directeur de la Métairie, le fils de notre vénéré Maître Auguste Forel, fit les honneurs de l'établissement, aidé de sa charmante femme et de ses médecins-assistants. La Maison de Santé de la Métairie a été créée il y a de nombreuses années pour le traitement des affections nerveuses et mentales. Sous la vigoureuse impulsion du Dr Forel, son directeur depuis deux ans seulement, cet établissement a été entièrement modernisé et est doté actuellement de tous les perfectionnements et de tout le confort souhaitables. Des

villas ont été aménagées pour le traitement des affections nerveuses en cure libre et un nouveau pavillon situé au bord du lac est encore en construction. Les congressistes prirent le plus grand intérêt à parcourir cet établissement modèle. Une succulente collation les attendait ensuite, servie pittoresquement sous une grande tente érigée pour la circonstance. Au dessert, le Président du Conseil d'Administration de la Métairie prononça d'aimables paroles de bienvenue et fit un bref exposé du développement de l'établissement dirigé par le Dr O. Forel.

Le Dr Semelaigne, Président, lui répondit en ces termes :

« Il est rare de rencontrer des hôtes dont l'aimable accueil s'accompagne du souci de procurer à ceux qu'ils reçoivent les voies d'accès et de retour. C'est pourtant ce que nous trouvons à la Métairie, et nous sommes particulièrement sensibles à cette délicate pensée. Plusieurs d'entre nous ont eu déjà le plaisir de voir à Paris le docteur Forel qui porte un nom bien connu, et a su prouver, en suivant les traditions familiales, qu'il existe aussi une bonne hérédité.

« Personnellement, je suis heureux de visiter cet établissement, dont j'ai souvent entendu parler par un de ses anciens directeurs, Adrien Rist. C'est peut-être ici qu'il a passé les plus belles années de son existence et donné le meilleur de son activité professionnelle. Né à Strasbourg, il y avait commencé ses études pour les poursuivre ensuite à Paris où il fut reçu interne des hôpitaux le 26 décembre 1864. Ayant soutenu sa thèse en 1869, il regagnait sa ville natale et comptait y suivre la voie des concours. Des circonstances tragiques le contraignirent à l'exil, car il ne voulut pas renier sa nationalité. Il se rendit en Suisse, s'occupa de l'organisation de l'asile cantonal, créé à Céry, et fit à l'Académie de Lausanne, devenue plus tard son Université, des cours de médecine légale. Il vint ensuite à la Métairie et y resta de 1877 à 1889. Ses deux fils commençaient alors leurs études à Paris, où l'un d'eux est aujourd'hui médecin des hôpitaux. Cet éloignement lui pesait. Un événement douloureux, la mort d'une fille âgée de 17 ans, le décida à changer de milieu. Il quitta la Suisse, non sans regrets, et s'établit à Versailles. Se trouvant en pleine vigueur intellectuelle et physique, il ne pouvait rester inoccupé, et il reçut des malades à la Châtaigneraie. Le temps passa, la

vieillesse survint, et il s'éteignait en novembre 1923, dans sa quatre-vingt-troisième année. Tous ses collègues l'aimaient et le tenaient en particulière estime, et je devais, dans cette maison de la Métairie à laquelle Rist a consacré douze années de sa vie laborieuse, évoquer le souvenir de cet esprit fin et distingué, de cet homme excellent. »

Les heures passèrent trop vite pour les congressistes au milieu d'hôtes si affables et dans un cadre si charmant et il fallait songer au retour. Dans la nuit, les congressistes s'en furent jusqu'au débarcadère de la Métairie suivant les méandres du sentier pittoresquement éclairé de lanternes vénitiennes multicolores. Plusieurs bateaux-mouches et un grand vapeur du Léman, frétés par la Direction de la Métairie, nous attendaient, brillamment illuminés. Cependant que cette flottille emmenant les gais excursionnistes cinglait vers Genève, nos aimables hôtes faisaient partir sur la rive des feux d'artifice comme dernier signe d'adieu et d'amitié.

Le lendemain, jeudi 5 août, était réservé à une excursion sur le lac et à la visite de la riante et célèbre région située entre Montreux et Vevey. Dès 8 h. du matin, le vapeur « Montreux », un des confortables bateaux-salon de la flotte du Léman, nous attendait au port de Genève. L'excursion, offerte par les Sociétés Suisses de Psychiatrie et de Neurologie, avait été rendue possible grâce aux facilités accordées par le Conseil d'Administration de la Société de Navigation. Malgré le temps un peu brouillé qui estompait délicatement les lignes du Jura tout proche et cacha plus tard entièrement les fières silhouettes des Alpes Valaisannes, le voyage fut charmant. Au reste, il fut agrémenté par la musique d'un excellent petit orchestre.

A 11 h. 1/4, le « Montreux » nous déposait au port de Territet, d'où, en un long monôme, suivant un charmant petit chemin au bord du lac, les congressistes atteignirent le Château de Chillon. Ce vénérable et beau monument du moyen âge, aimablement mis pour quelques heures à la disposition du Congrès par le Département vaudois de l'Instruction publique, fut visité par groupes sous l'experte direction de son architecte et rénovateur. Une collation froide, fort bien servie, était offerte par la Société des Médecins de Montreux et Vevey, avec le concours de la Société de Développement de

Montreux et du Dr Christin, directeur de la Clinique de Mon Riant, à Chamby. Le cadre grandiose et solennel dans lequel fut servie la collation, la grande Salle des Chevaliers, ne fit nul tort à l'appétit des convives aiguisé par l'air frais du lac.

Les organisateurs de l'excursion avaient malheureusement un peu trop présumé du beau ciel de Montreux et de sa bienveillance habituelle. En effet, tandis que le Congrès faisait à pied la célèbre route qui longe le lac de Chillon à Montreux, les écluses s'ouvrirent et ce fut une pittoresque débandade. La pluie ne cessa que lorsque tout le monde fut embarqué sur le bateau qui nous avait attendu au port de Montreux et recommença, mais avec plus de mesure, lors de notre arrivée à Vevey. Des autocars alignés près du débarcadère emportaient aussitôt la moitié des congressistes à la Clinique Mon Repos, au Mont Pèlerin, cependant que les autres excursionnistes gagnaient à pied le Grand-Hôtel de Vevey, par les beaux quais plantés d'arbres. A leur tour, ils y furent cueillis par les autocars qui, ramenant le premier convoi des congressistes, les emportèrent jusqu'au Mont Pèlerin par une magnifique route d'où la vue s'étend splendide sur le Léman et les villes de la Riviera Suisse.

Le Dr de Montet, le directeur de l'établissement de Mon Repos, en faisait les honneurs, et les congressistes admirèrent beaucoup ce sanatorium moderne et luxueux, placé dans une situation incomparable et d'où la vue embrasse tout le Léman et les montagnes qui l'entourent. Le grand nombre des congressistes ne rendait pas possible malheureusement de les réunir tous ensembles pour le banquet que leur offraient les cliniques Mon Repos et l'Ermitage. (Faute de temps, le congrès n'eut pas l'occasion de visiter ce dernier établissement, situé à la Tour de Peilz, dirigé par notre excellent confrère Guisan, et qui est consacré au traitement des affections mentales).

Aussi une partie des invités fut-elle reçue au Grand-Hôtel du Mont Pèlerin, alors que l'autre était fêtée au Grand Hôtel de Vevey. De part et d'autre, la chère fut exquise et l'entrain fut grand. Le Dr de Montet souhaita au Mont Pèlerin en termes aimables la bienvenue à ses hôtes et le Dr Semelaigne, président, lui répondit en ces termes :

« Je vous remercie de cette si large, si cordiale hospitalité. En nous accueillant ici ce soir, vous resserrerez encore les liens qui unissent, par delà les frontières, les membres dis-

persés de la grande famille médicale. Notre congrès n'est-il pas un symbole de cette union si désirable ? Modeste à ses débuts, il a peu à peu élargi ses cadres, et cette année, dix-huit nations y sont représentées. Aussi, puisque nous sommes en ce moment si nombreux d'origine différente, je voudrais pouvoir vous unir tous dans une même pensée. Cette pensée c'est la patrie, et chacun de nous doit avoir pour la sienne le même attachement profond. La patrie, mot magique, parfois délaissé pour un temps, mais que vite on prononce encore, dès que le péril apparaît. La patrie, c'est tout ce que nous aimons, tout ce que nous rêvons. C'est la terre qui nous a vu naître, l'air que nous respirons, c'est la voix du passé, c'est le foyer, c'est la famille, l'idéal pour qui l'on veut vivre, pour qui l'on saurait mourir.

« Les anciens avaient coutume, aux jours de fête, avant de porter la coupe à leurs lèvres, d'offrir aux dieux la libation sainte. Rendons pareil hommage à notre mère à tous, à la patrie aimée, invisible entité qui, dans le cœur des hommes et dans le cours des siècles, toujours semble présente en sa pérennité. »

M. Couvreu, Syndic de la Ville de Vevey, souhaita de son côté la bienvenue aux congressistes réunis au Grand Hôtel de Vevey. Nous devons une particulière gratitude à M. Couvreu pour l'aide qu'il a apportée à l'organisation du Congrès et la parfaite bonne grâce de sa réception. M. le Professeur Long, Président Suisse du Congrès, le lui dit en termes heureux et n'eut garde d'oublier dans son discours de remerciements les services rendus au Congrès par MM. les Drs Vuillemier à Territet et de la Harpe à Vevey, ainsi que M. Strittmatter, président du Conseil d'Administration de l'Ermitage, à qui sont dus la parfaite organisation et le succès de l'excursion.

A 21 heures, le Congrès, à nouveau réuni, montait à bord du bateau qui devait l'amener à Lausanne cependant que par une dernière attention la clinique Mon Repos s'illuminait pour nous de brillants feux de bengale.

Le vendredi 6 août, au début de l'après-midi, un train spécial, gracieusement offert par la Compagnie de Chemin de Fer de Lausanne-Echallens amenait le Congrès à l'Asile

Cantonal de Cery, où il était reçu aimablement par son directeur, M. le Professeur Preisig, ainsi que par M. le Dr Vanner, chef du Service Sanitaire Vaudois, qui prononça les paroles suivantes :

« Le Chef du Dép. de l'Intérieur, M. le Conseiller d'Etat Bosset me charge de vous souhaiter une cordiale bienvenue à Cery, l'asile d'aliénés du canton de Vaud. En même temps qu'asile, Cery est clinique de psychiatrie universitaire. Son chef, M. le Prof. Preisig que j'ai l'honneur de vous présenter, est chargé de l'enseignement de la psychiatrie à l'Université de Lausanne. Avant de succéder à son maître, le Prof. Mahaim, le Prof. Preisig a été son bras droit pendant 20 ans, et c'est à ce titre qu'il a été chargé d'organiser le travail de la division des agités. Personne n'est donc mieux placé que lui pour vous exposer ce qui a été fait, et je me hâte de lui passer la parole, certain que ce qu'il vous dira aura plus d'intérêt pour vous que le maigre bouquet de fleurs de rhétorique que je pourrais vous offrir. »

Ensuite, eut lieu la visite de l'asile où les congressistes furent extrêmement intéressés par les nombreux moyens mis en œuvre pour occuper les aliénés. Sous l'énergique impulsion du Prof. Preisig, la thérapeutique par le travail a été extraordinairement développée dans l'établissement cantonal vaudois et peut servir de modèle.

Pendant ce temps, les dames congressistes et les autres membres associés faisaient la visite de la Ville de Lausanne sous l'experte conduite d'un comité de dames présidé par Mme Steck et l'extrême amabilité desquelles nous rendons hommage. Elles étaient reçues ensuite à un thé au Lausanne-Palace par Mme Brunschweiler, la femme de notre confrère, le distingué neurologiste de Lausanne.

A 20 heures, les congressistes étaient conviés à un grand banquet offert au Lausanne-Palace par le Comité d'organisation du Congrès avec le bienveillant appui de la Municipalité de Lausanne et de l'Etat de Vaud. Cette fête fut parfaite dans le cadre somptueux et élégant du Palace lausannois. M. Rosset, Syndic de la Ville de Lausanne, présidait le banquet qu'il avait bien voulu organiser avec sa bonne grâce coutumière. En termes cordiaux et spirituels il souhaita

la bienvenue aux hôtes de la ville de Lausanne et leur dit tout l'intérêt que les autorités prenaient à leurs travaux. M. le Président Semelaigne lui répondit en ces termes :

« Nous n'avons pu, à notre grand regret, rester ici plus de deux journées, mais elles furent bien remplies, et ce soir, pour nous laisser d'une si courte visite une impression encore plus durable, le Conseil d'Etat du Canton de Vaud et la Ville de Lausanne nous offrent la plus cordiale des hospitalités. Nous leur en sommes bien sincèrement reconnaissants.

« Depuis notre arrivée en Suisse, nos heures de loisir se passent en réceptions, promenades et banquets. Quand on a ainsi, pendant quelques jours, vécu un agréable rêve, le réveil est pénible. Une sensation de tristesse n'accompagne-t-elle pas, en ce monde, tout ce qui finit ? Les plus belles choses, disait le bon Malherbe, y ont le pire destin, et pour nous, en ce moment, le pire destin, n'est-ce pas la fin de notre séjour parmi vous ? Car la clôture du congrès est imminente, et nous allons nous disperser. Aussi, près de quitter ce beau pays, je tiens à remercier tous ceux qui nous ont accueillis si chaleureusement, si affectueusement. La gratitude est profonde, et pourtant la parole ne saurait exprimer tout ce que nous sentons. Sur la cime de vos montagnes croît l'édelweiss, la fleur de neige, mais il en est une, au fond du cœur, plus pure encore, c'est l'amitié. Et ceux qui n'ont fait que passer, rentrés dans leurs foyers, n'oublieront pas la Suisse, sa terre hospitalière, sa nation probe et vaillante, accessible à toutes les pitiés, secourable à toutes les misères, et dont le pieux effort tend à faire germer les semences de paix et de fraternité. »

A leur tour, les délégués étrangers au congrès prirent la parole, portant leurs toasts à la Suisse dont ils étaient les hôtes, aux Cantons et aux Villes qui les recevaient avec une si parfaite cordialité. C'est ainsi que nous entendîmes le Prof. Ley (Belgique), le Dr Ross (Grande-Bretagne), le Dr Miller (Province de Québec, Canada), le Dr Schou (Danemark), le Dr Rodriguez Arias (Barcelone), le Prof. Catsaras (Grèce), le D^r^ van der Scheer (Hollande), le Prof. Donaggio (Italie), le Dr Welter (Luxembourg), le Dr Evensen (Norvège); le Prof. Wladycko (Pologne), le prof. Sobral Cid (Portugal), le Prof. Obreggia (Roumanie), le Prof. Sjöbring (Suède),

le Dr Sebeck (Tchécoslovaquie). Messieurs les Drs Boven et Schnyder répondirent à ces toasts au nom des Sociétés Suisses de Psychiatrie et de Neurologie et dirent en termes heureux tout le plaisir et l'honneur que les neurologistes et les psychiatres suisses ressentaient à recevoir dans leur pays le Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de langue française. Le délégué de la Fédération des médecins suisses s'associa aux sentiments exprimés par les deux orateurs précédents et dit aux congressistes tout l'intérêt que le corps médical suisse portait à leurs travaux. Puis, M. le Dr René Charpentier, le dévoué Secrétaire Permanent du Congrès, auquel ce dernier doit sa prospérité actuelle, ainsi que son importance scientifique et morale toujours plus grande, prit ensuite la parole. Il remercia en termes charmants et émus les organisateurs suisses du congrès et fit l'éloge de nos chers Présidents, le Dr R. Semelaigne et le professeur Long. Puis, sans nous donner le nom de l'auteur, il nous fit lecture d'une pièce de vers.

Il a semé, laissant à d'autres la moisson.

Pinel, le bon Semeur

Lorsque nos paysans ont, de l'ingrate terre,
Oté péniblement et la ronce et la pierre,
Le cœur plein d'allégresse ils vont par les sillons,
Et d'un geste puissant y jetant la semence,
Semblent bénir ce sol qui porte l'espérance
Des futures moissons.

Eux qui, ne ménageant ni le temps ni la peine,
De l'aube à la vesprée ont retourné la plaine,
Ils recevront le prix d'un si rude labeur,
Lorsque les blés dorés auront donné la graine,
Quand, au déclin du jour, la maison sera pleine
De vie et de bonheur.

Ainsi vers les sillons ingrats de l'âme humaine
S'en vient le Bon Semeur pour y jeter la graine,
Sans souci du présent, les yeux vers l'avenir,
Car si les temps sont longs il sait que l'heure est brève,
Qu'il faut sacrifier le moment qui s'achève
Au jour qui doit venir.

Et du matin au soir travaillant sans relâche,
Avant de moissonner s'il succombe à la tâche,
Qu'importe au Bon Semeur ! Sans crainte il peut partir,
Pour aller désormais goûter la paix profonde,
Le calme et le repos, sous la terre féconde,
Qui pour lui va fleurir.

Est-il besoin de dire que nul n'hésita un instant à reconnaître l'auteur de ces strophes harmonieuses. Leur allure classique et gracieuse à la fois, leurs nobles pensées tempérées d'émotion contenue, tout nous désignait notre cher Président, M. René Semelaigne. Et les unanimes acclamations qui accompagnèrent la lecture de ces vers unissaient dans leur enthousiasme l'illustre aïeul et le petit neveu qui suivit dignement ses traces.

Après la fin du banquet, les congressistes réunis dans les salons du Lausanne-Palace prirent pour la plupart quelque repos mérité par les astreignantes journées auxquelles ils avaient été conviés, cependant que la jeunesse infatigable dansait aux sons d'un excellent orchestre.

Le samedi matin, 7 août à 8 heures, les Congressistes se rendaient à la gare de Lausanne d'où, par train spécial ils devaient gagner le Valais. Pour un dernier jour de congrès, leur nombre était encore imposant puisqu'il se montait à près de trois cents. Le trajet, sans aucun arrêt, parut bref et dès 9 heures et demie ils étaient à Monthey, la petite ville du Bas-Valais où se trouve la Maison de santé de Malévoz, avant-dernière étape des pérégrinations du Congrès. Ils furent reçus dans l'établissement par MM. les Conseillers d'Etat de Cocatrix et Walpen, représentants des autorités cantonales valaisannes et M. l'avocat Trottet, au nom de la ville de Monthey. Le directeur de Malévoz, le Dr A. Repond leur exposa brièvement la genèse et le développement de l'établissement ainsi que les méthodes thérapeutiques qui y sont en usage. Malévoz est érigé dans un très beau site, au milieu de vastes forêts de châtaigners et l'on y jouit d'une vue splendide sur la vallée du Rhône et les Alpes vaudoises. Son fondateur, le Dr Paul Repond, père du directeur actuel s'est efforcé d'éviter, dans l'aspect extérieur et intérieur de son établissement tout caractère trop prononcé « d'asile fermé ».

La visite des pavillons illustra ces explications. Chacun d'eux peut recevoir au maximum une quarantaine de malades répartis d'ailleurs dans des divisions séparées. Les quartiers les plus peuplés (chroniques tranquilles) ne contiennent ainsi qu'une quinzaine de malades et les salles dites pour agités, une demie-douzaine au maximum. On évite ainsi toute contagion psychique et toute suggestion collective nuisible et facilite l'action thérapeutique des médecins et du personnel.

Puis, sous une tente, érigée dans une cour de malades, eut lieu la collation offerte au Congrès par les autorités valaisannes. Ne pouvant songer à rivaliser avec les menus somptueux des grands hôtels où la générosité des réceptions précédentes avait accueilli les congressistes, il fut servi, tout simplement et à la bonne franquette, des mets peu connus du pays valaisan, arrosés des vins du crû. Les uns et les autres parurent trouver grâce auprès des convives dont les oreilles étaient en même temps séduites par le concert donné par l'excellente Harmonie de Monthey.

M. le Conseiller d'Etat, Walpen fut l'éloquent interprète des autorités cantonales valaisannes et dit au Congrès tout le plaisir que ces dernières éprouvaient à l'avoir comme hôte. Il formula le vœu que le Valais reçoive encore une fois sa visite et que celle-ci ne s'arrêtât pas aux portes du canton, mais pénétrât plus avant, au cœur de ce beau pays. M. le Président, Maurice Trottet, souhaita à son tour, au nom de la ville de Monthey, la plus cordiale bienvenue aux congressistes

M. le Président Semelaigne leur répondit par l'allocution suivante :

« Je remercie la direction de la Maison de santé de Malévoz et les autorités cantonales et communales de leur si cordial accueil, qui nous fait paraître plus douces encore les dernières heures de notre séjour en Suisse.

« Au moment de nous séparer, ma pensée va à ceux qui ont assuré le succès de notre Congrès, et ici le nom du docteur Repond vient naturellement le premier à l'esprit. Depuis plusieurs années il fréquente nos réunions, et c'est lui qui, à Bruxelles, nous a invités à tenir, à Genève et à Lausanne, notre trentième session. Il a donné à sa préparation toute son activité, tout son dévoûment, et il a pleinement réussi. Nous lui en sommes tous profondément reconnaissants.

« Nous étions déjà venus à Genève et à Lausanne, en 1907, et notre secrétaire général était alors le docteur Long. Je n'ai pas à faire ici son éloge, vous le connaissez tous. Vous savez aussi quels liens l'unissent à la France, où il a fait ses études médicales, où il s'est marié, où il revient chaque année. Nul ne méritait mieux d'être appelé à la présidence. Là il a pris pour lui la peine, me laissant une tâche aisée, et ces quelques jours passés avec lui, dans une amicale collaboration, compteront parmi mes meilleurs souvenirs.

« En 1920 notre Congrès, après une interruption forcée de sept années, reprenait ses séances, dans une ville particulièrement aimée. Pour diverses raisons, la préparation en avait été difficile, et nous n'étions pas sans inquiétudes pour l'avenir. Mais ces craintes furent vaines et le succès dépassa toutes les espérances. Pourtant, celui qui était alors votre secrétaire permanent, estimant que des circonstances nouvelles exigent des hommes nouveaux, pria l'Assemblée générale de désigner un collègue plus jeune, capable d'un plus long effort. Pour remplir ces fonctions à la satisfaction générale, René Charpentier n'était-il pas indiqué ? Il s'est voué à sa tâche avec une ardeur infatigable, et nos réunions sont devenues de plus en plus suivies, de plus en plus vivantes. Vous pouvez avoir pleine confiance en votre secrétaire permanent; son passé assure notre avenir. En lui transmettant les remerciements de ses collègues, je tiens à l'assurer de ma vieille et fidèle affection.

« Et maintenant, pour terminer, permettez-moi d'insister sur une des principales causes du succès, toujours croissant de nos sessions. Gilbert Ballet appelait la neurologie la sœur cadette de la psychiatrie, et Grasset déclarait, en ouvrant la session de Lille, que toutes deux forment une seule science. Cette fusion, le nom même de notre congrès n'en demeurait-il pas garant ? Il lui fut donné dans sa prime jeunesse, au début de sa quatrième année, sur la proposition de Brissaud. C'était à la Rochelle, en 1893, quelques jours avant la mort de Charcot, le premier occupant de cette chaire des maladies nerveuses, qui semble avoir été placée dans le vieil hospice, berceau de la psychiatrie française, pour mieux montrer aux aliénistes et aux neurologistes qu'entre leurs domaines il n'est pas de frontières vraies. Pinel, dans sa nosographie philosophique, avait classé les vésanies parmi les

névroses. Charcot considérait la neuropathologie et la psychiatrie comme deux parties d'une même unité reliées entre elles par des liens indissolubles. L'hystérie pour lui était une maladie mentale, et, dans toutes les affections qu'il a décrites, il a su dépister les désordres psychiques. D'autres ont voulu, depuis lors, élever une cloison étanche entre la neurologie et la psychiatrie. Efforts inutiles. Elles se touchent, elles se pénètrent, leur étude ne peut être séparée. Tout nous prouve cette union féconde, et l'acte de piété, qui transmet aux générations futures l'effigie des grands hommes, nous en a laissé le symbole aux portes mêmes de la Salpêtrière. Là, Pinel et Charcot, sous leurs masques de pierre, vivent pour l'attester. »

Le Dr van der Scheer, au nom des délégués étrangers remercia aussi les autorités et la direction de l'établissement de son aimable accueil et ajouta des félicitations pour la remarquable tenue de l'établissement psychiatrique valaisan

Le temps pressait hélas et le train spécial qui devait ramener les congressistes à la gare de Monthey où les attendait le convoi pour la dernière étape du voyage était déjà prêt.

Le trajet de Monthey à Evian fut court, car les autorités de frontière eurent l'obligeance de ne faire aucune formalité pour le passage en France. A la gare d'Evian, nous attendaient M. Bernard et M. Barillot, les très aimables administrateurs de la station thermale d'Evian-les-Bains, ainsi que plusieurs confrères. Sous leur experte direction, les congressistes firent la visite de l'établissement hydrothérapique, dont la perfection technique et le remarquable outillage firent l'admiration de tous.

Un banquet, offert par la station d'Evian, fut ensuite servi aux congressistes à l'Hôtel Royal. Le menu fut exquis et l'entrain des convives ne parut nullement diminué par la semaine de travaux et de festivités qui avait précédé cette ultime réunion.

M. Bernard voulut bien exprimer ses vœux de bienvenue aux congressistes.

M. R. Semelaigne, Président, lui répondit en ces termes :

« Il est toujours agréable de venir à Evian, où les réceptions sont si cordiales et les confrères si charmants. Je suis particulièrement heureux de retrouver ici un nom qui nous est cher, celui d'un ami disparu qui fut notre président et l'un des plus assidus à nos réunions annuelles, et je tiens à dire à son frère quel vide la mort de Gilbert Ballet a laissé parmi nous.

« Le 4 août 1907, les membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française débarquaient à Evian, où ils étaient, suivant la tradition locale, chaudement accueillis. Ils se rendaient alors de Genève à Lausanne, pour y poursuivre leurs discussions scientifiques. Cette année, la session est terminée et, en quittant Evian, nous devons nous disperser. Aussi, je tiens à remercier encore les fidèles de la dernière heure et à leur dire, non pas adieu, mais au revoir. Jadis, à la mort des rois de France, on avait coutume, en saluant l'héritier du trône, de s'écrier : le roi est mort, vive le roi. C'est ainsi qu'on attestait la continuité. N'en doit-il pas être de même pour nos Congrès ? Celui de Genève et Lausanne vient de s'éteindre, celui de Blois vient d'éclore, la trente et unième session va succéder à la trentième, et la tradition se maintient. Il nous reste donc, délaissant le passé pour fixer l'avenir, à dire à notre tour : le congrès est mort, vive le congrès. »

M. le Dr Cottet prit ensuite la parole en sa qualité de président de la Société médicale d'Evian et dit aux congressistes tout le plaisir que leurs confrères avaient à les recevoir.

Puis, M. le Dr V. Ballet, frère du regretté Maître Gilbert Ballet, dont la mémoire venait d'être évoquée par M. Semelaigne, rappelant à son tour le souvenir de l'éminent médecin trop tôt disparu, nous dit combien ce dernier avait toujours été attaché à nos congrès et la joie qu'il avait éprouvée à présider la session de Limoges.

Et enfin, M. le Prof. Long, président suisse du congrès, prononça la clôture de la session dans les termes suivants :

« Le Congrès se termine en apothéose et Evian nous reçoit dans un décor merveilleux. Nous ne pouvons rien ajouter à sa renommée mondiale ; nous ne pouvons que dire notre gratitude pour une hospitalité si gracieuse et pour l'élégante réception qui a été préparée pour nous.

« Du haut de cette terrasse, nous revoyons les étapes de cette semaine inoubliable. Vous avez bien voulu, chers confrères français, en passer la plus grande partie chez vos amis de la Suisse romande, mais il était juste que l'heure des adieux se passât chez vous, car tout le succès de ces réunions vous revient. Vous avez créé pour la psychiatrie et la neurologie un congrès international de langue française, son existence est à présent définitivement établie ; nous nous y sentons chez nous puisque chaque année vous nous y conviez si cordialement.

« Ainsi une fois de plus la France a offert à ses amis de tous pays sa science, sa culture séculaire, toutes ses qualités du cœur et de l'esprit. »

La XXXe session du Congrès était terminée.

RÈGLEMENT

DU

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

But, siège et composition du Congrès

Un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année dans une ville de France ou d'un pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance aux malades atteints de troubles nerveux ou mentaux.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est, au minimum, de quatre jours qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, l'autre l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les psychiatres et les neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés.

Les membres adhérents doivent être médecins, français ou étrangers. Ils paient une cotisation de 50 fr. pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres adhérents, mais ne paient pas de cotisation.

Les établissements destinés au traitement des troubles nerveux ou mentaux peuvent adhérer au Congrès aux mêmes

conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les membres associés se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Ils paient une cotisation de 30 fr. pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour les voyages ou excursions.

Chaque session comporte :

Un président, qui était le vice-président de la session précédente ;

Un vice-président, qui deviendra de droit président de la session suivante ;

Un secrétaire général (et un secrétaire général adjoint, si l'assemblée générale en décide ainsi).

Le président et le secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Le secrétaire permanent du Congrès et le secrétaire général de la session ont pleins pouvoirs pour toucher les subventions allouées au Congrès et pour donner quittance. (Décisions des Assemblées générales tenues au Puy le samedi 2 août 1913, et à Genève le mercredi 4 août 1926).

Comité permanent

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent. (Décision de l'Assemblée générale, session de Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le président de la session ;

Le vice-président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès l'année suivante) ;

Six membres élus par l'Assemblée générale, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles;

Un secrétaire-trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le président et le secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité permanent, le président et le secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le secrétaire général informe le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du président de la session actuelle, est assisté par :

Le vice-président et le secrétaire général de la session ;

Les présidents et secrétaires généraux des sessions antérieures.

Le secrétaire permanent, ayant recueilli pendant l'année les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent parmi les différentes propositions celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

Assemblée générale

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les membres adhérents et est présidée par le président de la session, assisté du secrétaire général de la session et des membres du Comité permanent.

Le secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le vice-président de la prochaine session, lequel deviendra de droit président deux ans plus tard ;

3° Le secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent, en remplacement des deux membres les plus anciennement élus au Comité permanent.

Il est dressé un procès-verbal signé par le président et le secrétaire général de la session.

Ces élections du vice président de la prochaine session et celles des membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. — Séance solennelle d'ouverture. Constitution du Bureau

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session, par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le président de la session. Après les allocutions des personnalités officielles, le président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le président et le vice-président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du secrétaire général, constituent le bureau du Congrès. Ils désignent des présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des présidents de séances choisis parmi certains membres adhérents présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le bureau ainsi constitué a la direction des travaux du Congrès.

Le président ou le vice-président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les divers présidents d'honneur.

Le bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances qui peuvent être dédoublées ; il veille à l'application du règlement et prend pendant la durée du Congrès telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de secrétaires des séances. Ceux-ci sous la direction du secrétaire général et du secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

Rapports

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de psychiatrie ;

2° Une question de neurologie ;

3° Une question de médecine légale ou d'assistance neuro-psychiatrique, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour la même question.

Les manuscrits dactylographiés des rapports doivent être remis au Secrétaire général, deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les rapports consistent en un simple programme de discussion, avec conclusions, dont la longueur ne doit pas dépasser seize pages d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du secrétaire général, d'accord avec le secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé oral de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser vingt minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les membres du Congrès qui doivent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion, pour chaque auteur qui y prend part, ne doit pas excéder cinq minutes. Toutefois, il pourra

être accordé dix minutes pour la discussion aux auteurs inscrits avant l'ouverture de la session.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la discussion doit remettre au secrétaire général, avant la fin de la session, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne doit pas dépasser une page d'impression.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et discussions

Les membres adhérents du Congrès peuvent faire des communications orales sur des sujets concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale ou l'assistance neuro-psychiatrique. Le nombre de ces communications est limité à trois pour chaque membre adhérent, la troisième ne pouvant être faite que lorsque la liste des autres communications sera épuisée.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Il n'est accordé que cinq minutes pour les discussions.

Les titres des communications doivent être adressés au secrétaire général, quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux congressistes au début de cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées de présentations, de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le secrétaire général qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au secrétaire général au plus tard quinze jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu les communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressés à l'avance au secrétaire général (15 jours au moins avant l'ouverture du Congrès) doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au secrétaire général au plus tard un mois après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les communications *in extenso* ne doivent pas dépasser deux pages d'impression. Il n'est accordé qu'une page pour les discussions.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni un texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au secrétaire général à la date prescrite ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus. Toutefois, dans ce cas, le secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou par les secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions. Seules, les communications faites oralement par leurs auteurs peuvent figurer dans le volume des comptes rendus de la session.

En cas de difficulté, le secrétaire général avise le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

TABLE DES MATIÈRES

I. PRÉLIMINAIRES

Pages

Comité d'honneur.......... 7
Présidents d'honneur.......... 8
Bureau du Congrès.......... 8
Comité permanent du Congrès.......... 9
Délégués officiels.......... 9
Membres adhérents.......... 15
Membres associés.......... 29
Etablissements hospitaliers.......... 34
Séances du Congrès. Présidents des séances.......... 36

II

Séance inaugurale à Genève.......... 39
Discours de MM. Jaquet, Rappard, Destrée, Ley, de Craene, Donald Ross, Miller, Schou, Rodriguez Arias, Jean Lépine, Fribourg-Blanc, Dequidt, Hesnard, Abbatucci, Catsaras, van der Scheer, Donaggio, Welter, Wladyczko, Sobral Cid, Obregia, H. Sjöbring, L. Binzwanger, Schnyder.......... 39
Discours de M. le Pr Long, Président suisse du Congrès.... 61
Discours de M. le Dr René Semelaigne, Président français du Congrès.......... 65
Séance inaugurable à Lausanne.......... 80
Discours de MM. Bosset et Arthus.......... 80

III. RAPPORTS

1er Rapport. — M. le Pr Bleuler. *La Schizophrénie*.......... 93
M. le Pr Claude. *Démence précoce et schizophrénie* 102
Discussion : MM. Minkowski, Laignel-Lavastine, Hesnard, Anglade, Courbon, Sollier, de Montet, Steck, Madame Minkowska, Obregia, Lévy-Valensi, Boven, Vermeylen, Kahn, Molin de Teyssieu, Bleuler, Claude.......... 116

2e *Rapport.* — M. Tournay. *Le signe de Babinski*.................. 155
Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Bersot, Roger, Courbon, Minkowski, Barré, van der Scheer, Brunschwiller, Tournay.. 156
3e *Rapport.* — MM. Ladame et Demay. *La thérapeutique des maladies mentales par le travail*.............................. 173
Discussion : MM. Brissot, Auguste Marie, van der Scheer, Rayneau, Vermeylen, Donaggio, Gouriou, Stuurman, Demay.. 175

IV. COMMUNICATIONS

I. Communications de Psychiatrie

A. *Communications concernant la schizophrénie*

M. Maier. — La conception de la schizophrénie et ses conséquences thérapeutiques.................................. 189
M. Sjöbring. — Quelques remarques à propos de la schizophrénie.. 195
M. Forel. — La mnème de la schizophrénie.................. 197
M. Boven. — La complexion des schizophrènes (discussion : M. Minkowski).................................... 199
MM. Minkowski, Toulouse et Mignard. — L'autoconduction et la schizophrénie (discussion : MM. Vermeylen, Hesnard, Minkowski).................................... 205
MM. Hesnard et Laforgue. — La théorie psychanalytique ou instinctiviste de la schizophrénie.......................... 211
M. Steck. — La localisation cérébrale du syndrome catatonique (discussion : M. Donaggio).......................... 217
MM. Mira, Rodriguez Arias et Seix. — Contribution à l'étude des relations de la tuberculose et de la schizophrénie......... 223
M. Minkowski. — L'autisme.................................... 229

B. *Communications psychiatriques diverses*

M. Robin. — Les haines familiales morbides.................. 233
M. Laignel-Lavastine. — Deux malades de Pinel : Berbiguier et Martin de Gallardon.. 241
M. Vermeylen. — La mythomanie du jeu (discussion : MM. Robin, Nathan, Claparède).................................... 247
MM. V. et Ch. Strasser. — Quelques thèmes sur une nouvelle théorie psychologique.................................... 253
MM. Robin et Cénac. — La manie psychogène.................. 255

M. Vermeylen. — Les modifications psychiques chez les paralytiques généraux malarisés (discussion : M. Obregia)........... 257
M. Brunner. — Traitement intrarachidien des affections parasyphilitiques du système nerveux.............................. 267
M. Molin de Teyssieu. — Un couple de faux sadiques.......... 271
M. Arthus. — La notion du contrôle et son application......... 273
M. H. Christofel. — Dymphne, la patrone de Gheel........... 277
M. Bersot. — La statistique dans la recherche psychologique.. 283
M. Fribourg-Blanc. — Le traitement par le paludisme des psychoses autres que la paralysie générale (discussion : M. Auguste Marie)... 287

II. Communications de Neurologie

A. *Communications concernant le signe de Babinski*

MM. Sebeck et Wiener. — Le dualisme du signe de Babinski.... 295
M. Minkowski. — Sur les modalités et la localisation du réflexe plantaire au cours de son évolution du fœtus à l'adulte....... 301
M. F. Adam. — Phénomène de Babinski provoqué par le frottement du pied pendant la marche.......................... 309

B. *Communications neurologiques diverses*

M. L. van Bogaert. — L'épilepsie myoclonique familiale avec choréo-athétose 311
MM. L. Marchand et Bauer. — Syphilis et épilepsie............ 317
MM. Roger et Reboul-Lachaux. — Essai de classification des spasmes oculaires au cours de l'encéphalite épidémique....... 321
MM. Barré, Draganesco et Lieou. — Troubles vestibulaires unilatéraux consécutifs à des injections dans la région cervicale. 329
M. Crouzon. — Sclérose en plaques et traumatisme (discussion : M. Anglade)... 331
M. Vieux. — A propos de l'étiologie et du traitement de la maladie de Basedow et du Basedowisme (discussion : MM. Barré, R. Charpentier et Gauducheau)...................... 337
M. Donaggio. — Forme très tardive du parkinsonisme postencéphalitique (discussion : MM. Minkowski et Molin de Teyssieu). 339
M. Wladyczko. — Sur la question de la pathologie du système nerveux central dans la sclérodermie et dans la maladie de Raynaud (discussion : Laignel-Lavastine)...................... 345
M. Laignel-Lavastine. — Les facteurs endocriniens du caractère. 351
M. Perret. — Présentation d'un cas de paraplégie grave par fracture du rachis guéri par la laminectomie immédiate....... 357
M. Brunschweiler. — A propos d'un cas de microcéphalia vera. 361